

Année 1899

THÈSE

N°

535

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 17 juillet 1899, à 1 heure.

PAR

Camille PELTRE

Né le 27 Mars 1873, à Château-Salín, (Alsace-Lorraine).

TRAITEMENT DU PARAPHIMOSIS

PAR LA CIRCONCISION D'URGENCE

Président : M. THILIAUX, professeur.

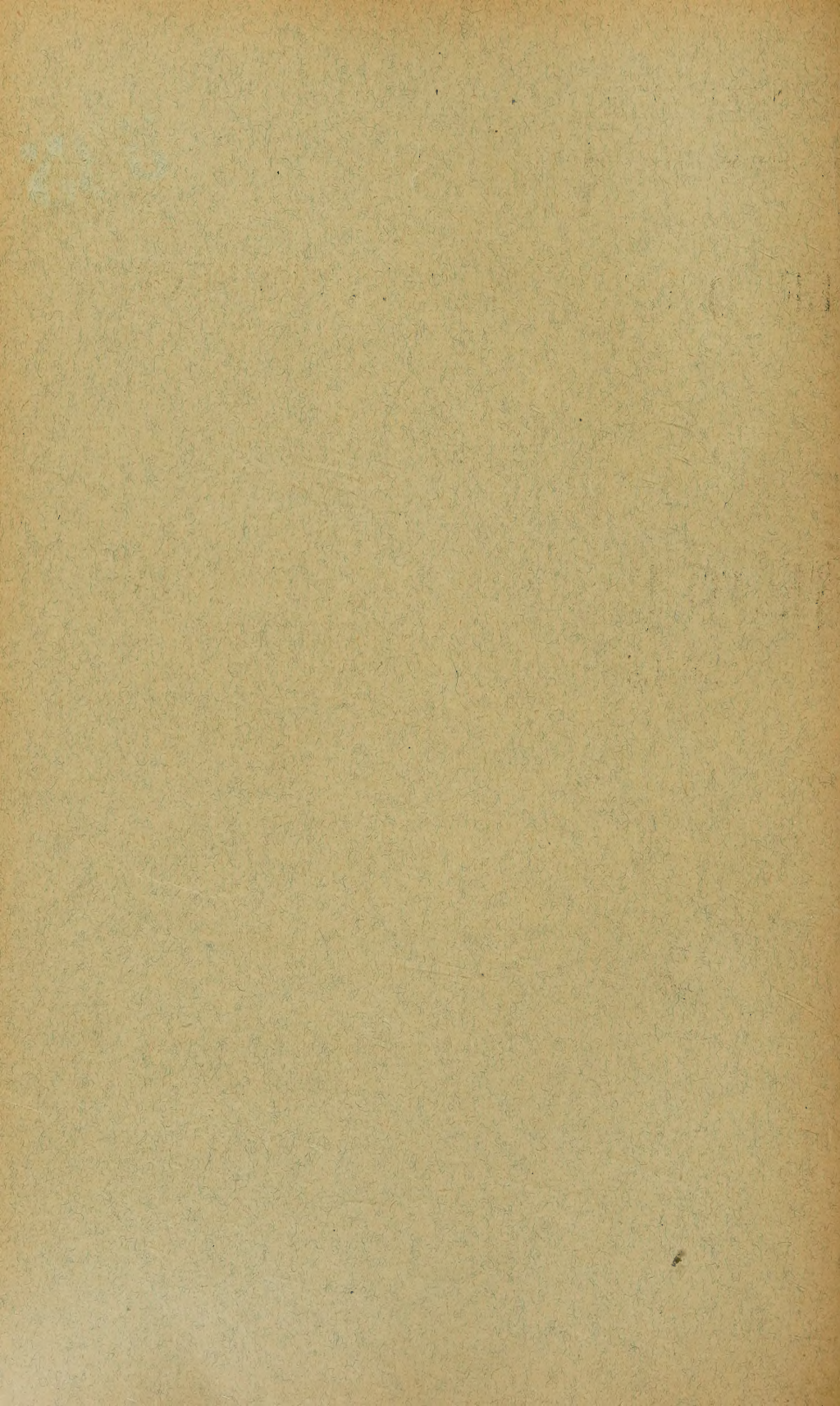
Juges : { MM. TERRIER, professeur.
RECLUS et A. BROCA, agrégés.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1899



Année 1899

THÈSE

N^o 535

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 17 juillet 1899, à 1 heure.

PAR

Camille PELTRE

Né le 27 Mars 1873, à Château-Salín, (Alsace-Lorraine).

TRAITEMENT DU PARAPHIMOSIS

PAR LA CIRCONCISION D'URGENCE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. TERRIER, professeur.
RECLUS et A. BROCA, agrégés..



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

	Doyen.	M. BROUARDEL
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.		TERRIER
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		N...
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN.	VAQUEZ
ANDRE.	GAUCHER	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (Aug.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle s'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR ÉMILE PELTRE

mon premier maître et mon meilleur ami.

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Nous tenons au début de cette thèse à adresser nos remerciements à nos maîtres des Hôpitaux.

Rendons tout d'abord un dernier hommage à la mémoire du professeur Hanot pour le soin qu'il mit à nous inculquer les premières notions de l'art difficile de la clinique. Que le docteur André Petit veuille agréer ici l'expression de notre vive gratitude pour nous avoir perfectionné dans nos études médicales et nous avoir permis de saisir les nuances délicates des affections du cœur.

Nous avons suivi avec fruit les services des professeurs Reclus et Campenon en chirurgie et nous sommes heureux d'adresser ici un faible hommage de reconnaissance au docteur Faure pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis plus de deux ans.

M. le professeur Pinard a bien voulu nous agréer comme stagiaire à la clinique Baudelocque, et nous avons pu grâce à la parfaite amabilité du docteur Bonnaire perfectionner nos connaissances obstétricales à la maternité de Lariboisière.

N'oublions ni le docteur Déjérine qui nous a si vivement intéressé dans ses leçons de la Salpêtrière, ni les docteurs Kalt et Lermoyez qui nous ont fait profiter de leurs leçons d'ophtalmologie et d'otologie aux Quinze-Vingt et à Saint-Antoine.

Le docteur Moizard enfin nous a permis avec la bonté que

ses élèves lui connaissent d'étudier de près les maladies des enfants.

Que M. le docteur Legueu dont le brillant enseignement nous a été si utile nous permette de le remercier pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant les quelques mois que nous avons passés à la consultation de Saint-Louis : il nous a confié le sujet de cette thèse ; nous l'en remercions vivement.

M. le professeur Tillaux nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui en témoignons toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical du paraphimosis était chose assez grave, avant l'apparition de la méthode antiseptique. Aujourd'hui encore, après vingt ans, c'est à peine si quelques chirurgiens osent sortir des sentiers battus. On se contente généralement de l'ancien traitement, institué à une époque à laquelle une incision dans des tissus enflammés et œdématiés amenait presque fatalement la suppuration avec toutes ses redoutables conséquences. On donne toujours la préférence à la réduction ou à diverses opérations palliatives, mais nullement curatives, quitte à voir la maladie se reproduire et, en mettant les choses au mieux, à se voir obligé plus tard d'opérer le phimosis.

Nous nous proposons dans cette thèse, entreprise sous l'inspiration et d'après les conseils de M. Legueu, de démontrer qu'il est possible, qu'il est nécessaire de remplacer l'intervention timide des anciens chirurgiens par une plus hardie, en n'hésitant pas, grâce aux secours que nous fournit l'antisepsie à trancher dans le vif et à supprimer d'un coup et l'affection secondaire et celle qui lui a donné naissance.

A la consultation de l'hôpital Saint-Louis, qu'il nous a été donné de suivre pendant 6 mois, nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer des malades atteints de cette affection (quelquefois compliquée de blennorrhagie) qui, opérés selon la méthode que nous allons décrire, ont guéri de la façon la plus complète sans avoir interrompu leurs occu-

pations, qu'ils pouvaient reprendre dès le lendemain de l'intervention.

En présence de ces résultats encourageants, nous avons cru intéressant, sans avoir ici la prétention de faire œuvre nouvelle, de décrire le procédé opératoire employé à Saint-Louis, en publiant cinq observations de ce cas. Ce procédé, que nous n'avons vu employer nulle part ailleurs dans les hôpitaux de Paris, pourra, croyons-nous, être bien accueilli par les praticiens de campagne toujours à la recherche de procédés simples, applicables dans tous les milieux et où se concilient l'intérêt du malade et la simplicité de la méthode opératoire.

Des travaux analogues, dont nous retrouvons le titre dans notre bibliographie ont été publiés à ce sujet. Déjà, il y a quarante ans, Rollet avait décrit un procédé semblable mais l'état de la science à son époque et la difficulté d'obtenir des résultats firent abandonner la méthode.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous n'avons pas la prétention de préconiser une intervention nouvelle, mais seulement un procédé particulier, avec à l'appui quelques observations personnelles, qui démontrent l'innocuité et la facilité pratique de l'opération ainsi que ses bons résultats ultérieurs.

DÉFINITION

Il y a paraphimosis, dit M. Reclus dans le traité de chirurgie, toutes les fois que le prépuce porté en arrière du gland et ne pouvant plus être ramené en avant, occasionne l'étranglement de l'organe.

Cet état peut tenir à des causes diverses, soit qu'on ait à faire à un limbe préputial naturellement trop étroit, soit qu'une affection inflammatoire ou traumatique vienne réaliser artificiellement ce rétrécissement des tissus.

Pour que le paraphimosis existe réellement, il faut d'après cette définition, qu'il y ait non seulement difficulté à ramener le prépuce sur le gland, mais que cette opération soit tout à fait impossible à réaliser sans l'aide de procédés chirurgicaux spéciaux. Cette considération a du reste frappé de tout temps les auteurs, et c'est elle qui a amené à faire la distinction qu'on retrouve chez les plus anciens d'entre eux entre le phimosis et le paraphimosis.

Nous allons maintenant, avant de discuter les divers traitements mis en œuvre et de décrire l'opération préconisée par M. Legueu, rappeler en quelques mots les causes habituelles ainsi que l'anatomie pathologique de l'affection qui fait le sujet de ce travail.

CAUSES

Le paraphimosis peut se produire dans des circonstances diverses, selon qu'on le considère chez l'enfant avant la puberté ou chez l'adulte. Deux influences en dominent toutefois la production ; nous voulons dire l'œdème simple, mécanique, et les affections inflammatoires.

Chez l'enfant, avant la puberté, il s'agit de cas dans lesquels le sujet, poussé par la curiosité, a découvert son gland, et ne peut le recouvrir, quoi qu'il fasse. Chez lui l'affection est en général bénigne, attendu que l'orifice préputial est souvent peu étroit et assez dilatable, puisqu'il a cédé à une faible traction. La réduction en est donc facile. C'est ce qu'on est convenu d'appeler le paraphimosis œdémateux.

Ici la difformité primitive n'a pas encore eu le temps d'être renforcée par tous les menus incidents qui vont la compliquer chez le malade plus âgé, dont nous allons nous occuper maintenant. Chez celui-ci, en effet, nous allons trouver, en plus de l'œdème, d'autres obstacles à la réduction : excoriations, inflammations accidentelles, herpès, qui peuvent se produire à la suite d'un coït plus ou moins suspect, sans parler de la blennorrhagie, de la syphilis et du chancre mou.

L'adulte porteur d'un paraphimosis était, en général, atteint auparavant de phimosis congénital ou acquis. Mais chez lui les tissus moins souples se laissent moins facilement distendre et l'étranglement est plus accusé.

Tandis que chez l'enfant qui a, en général, un prépuce

trop long et trop resserré, l'affection est produite d'habitude par la masturbation ou la curiosité, qui pousse le sujet à ramener son prépuce en arrière, nous la voyons d'ordinaire ici succéder à un coït avec une femme vierge ou à vagin étroit.

Telle était l'histoire de 3 individus que nous avons observés à peu d'intervalle, au moment où nous poursuivions nos recherches pour l'étude de la circoncision. L'un d'eux que j'essayai de réduire avant d'opérer, attendu qu'il avait une verge œdématisée et pleine de pus blennorrhagique, me raconta l'origine de son affection de la manière suivante : Il ne pouvait jusqu'alors découvrir son gland, malgré toute la bonne volonté qu'il mettait à chercher à le mettre à nu comme celui de ses camarades.

Le lundi 2 juin, à la suite d'un coït pratiqué avec une femme très étroite, il peut enfin le contempler. Enchanté de cet heureux incident, il se garda bien de ramener son prépuce en avant ; mais comme depuis lors sa verge ne faisait qu'augmenter, il se mit à s'inquiéter et vint se présenter à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, porteur à la fois d'un paraphimosis, et d'une blennorrhagie puisée à la même source.

En outre, chez l'adulte, comme nous l'avons dit, il y a lieu de faire entrer en ligne de compte, au nombre des conditions de production de paraphimosis, non seulement le phimosis congénital, mais aussi le phimosis acquis sous l'influence de la syphilis, du chancre mou, et d'autres causes qui, pour être plus rares, n'en sont pas moins relativement fréquentes. Telles sont le traumatisme dont voici un exemple rapporté par Fabrice de Hilden.

Il s'agit d'un homme chez lequel l'équitation avait déterminé une irritation du prépuce et du gland telle qu'un paraphimosis en fut la conséquence.

Les pansements qui nécessitent le retrait d'un prépuce

enflammé dans la balano-posthite, le chancre mou par exemple ; les irritations produites par un dépôt de matière sébacée, sont également une cause d'étranglement.

Il n'est pas jusqu'à la présence d'un poil sous le prépuce qui n'ait occasionné cette malheureuse complication.

Citons d'autres cas plus rares encore ; par exemple, celui du médecin qui ramène en arrière le prépuce d'un enfant pour le sonder et qui produit un paraphimosis.

Certains auteurs mentionnent des cas de violences extérieures : Travers rapporte dans son « mémoire sur le phimosis et le paraphimosis » un cas de paraphimosis causé par un coup porté sur les parties et accompagné de gonflement des testicules.

Albinus nous raconte « qu'un manant qui se trouvait en belle humeur voulut saillir une servante de cabaret, mais celle-ci, qui ne l'avait pas pour agréable, lui saisit la verge et la sortit violemment ». Le gonflement qui s'en suivit fut tel que, par la suite, tout rapport sexuel devint impossible. Il s'agit évidemment ici d'un cas de paraphimosis.

L'herpès préputial chronique, par suite de l'inflammation causée par l'éruption des vésicules à la face interne et externe du prépuce, arrive à la longue à former un limbe si étroit que l'anneau, épaissi, induré perd sa mobilité, se rétrécit et offre à la réduction de l'affection qui nous occupe une résistance très difficile à vaincre.

La brièveté congénitale du frein est également une cause de paraphimosis qui est loin d'être négligeable. Elle contribue en effet à rétrécir l'orifice préputial dans des proportions telles que, pour peu que celui-ci soit étroit, la réduction du paraphimosis est impossible tant qu'on n'a pas sectionné le frein.

François (1), dans sa thèse sur le paraphimosis, cite un

(1) FRANÇOIS. — Essai sur le paraphimosis, Th. de Paris 1874.

cas de ce genre : Il s'agit d'un petit garçon de 8 ans qui, à la suite de manœuvres coupables avec une petite fille du même âge, se donna un paraphimosis.

« En arrière du gland, dit-il, se trouvait un sillon très
« profond au-devant duquel un bourrelet œdémateux faisait
« saillie : ce sillon se prolongeait au-dessous de la verge en
« forme de circulaire ; de ce sillon se détachait vers le tiers
« supérieur deux autres sillons qui venaient se réunir au
« sommet du frein et semblaient l'attirer en bas et en arrière.
« Le gland, rouge, tuméfié et comme en érection, était attiré
« en bas par ces deux brides qui agissaient par le frein
« sur le méat urinaire en l'attirant du même côté. »

Après plusieurs tentatives de réduction, qui demeurèrent d'ailleurs infructueuses, M. François se décida à sectionner le frein d'un coup de ciseau et fit franchir au gland presque immédiatement et avec la plus grande facilité cet anneau qui semblait devenir de plus en plus infranchissable.

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

Le diagnostic du paraphimosis est des plus faciles et ne mérite pas qu'on s'y arrête. Il suffit, en effet, d'avoir observé une verge atteinte de cette affection pour la reconnaître toutes les fois qu'elle se présentera. Elle possède des caractères spéciaux qui la distinguent nettement de toutes les autres inflammations de la région.

Le gland est découvert, d'un rouge violacé, plus ou moins tuméfié suivant l'ancienneté du début et le degré de la constriction : il semble en état d'érection permanente. Le prépuce, refoulé derrière le gland forme, des bourrelets de différentes grosseurs et séparés les uns des autres par des brides transversales bien apparentes surtout à la partie dorsale de la verge. Le plus profond de ces sillons correspond à l'anneau qui limite le bourrelet antérieur formé par la muqueuse tandis que les postérieurs, développés au dépens de la portion cutanée, s'étalent de l'anneau à la racine du pénis. L'anneau peut être ulcéré si on observe un paraphimosis remontant à plusieurs jours.

La partie inférieure de la verge présente une saillie énorme, renflée en forme de jabot, qui correspond au sommet de l'angle obtus formé par la verge tordue sur elle-même à la manière d'un tire-bouchons.

La gravité du pronostic n'est pas forcément liée au volume et à l'importance de la tuméfaction des bourrelets.

Le paraphimosis œdémateux, par exemple, peut donner lieu à une infiltration séreuse abondante il est vrai, cepen-

dant, comme il n'existe dans ce cas qu'une stase sanguine modérée, il ne se forme ni brides ni adhérences entre le prépuce et les tissus sous-jacents. La réduction est en général facile et, même quand cette réduction n'est pas faite en temps voulu, l'affection n'entraîne ni perte de substance, ni difformité persistante. Cette variété est à peine un accident ennuyeux pour le malade : les complications sont le plus souvent nulles et la réparation des désordres momentanés, rapide.

Dans le paraphimosis inflammatoire au contraire, des complications fâcheuses surviennent la plupart du temps. L'irritation des parties associée à la stase de la circulation sanguine provoque la formation, dans les mailles du tissu cellulaire lâche, de brides, d'adhérences cellulo-fibreuses qui, unissant la peau et la muqueuse du prépuce à la surface des corps caverneux, offrent un obstacle presque invincible à la résolution spontanée ou à la réduction manuelle.

Les conséquences éloignées de cet état inflammatoire sont la formation d'abcès et de décollements dans les bourrelets postérieurs, décollements qui, sans compter les phénomènes douloureux et la réaction fébrile, qu'ils entraînent, nécessitent un repos forcé et surtout des interventions chirurgicales, compromettant pour un temps impossible à déterminer les fonctions du pénis.

Mais de tous les paraphimosis, les plus graves sont ceux compliqués de chancre mou. Le danger réside dans la facilité avec laquelle ces chancres peuvent s'inoculer. Et comme dans tout paraphimosis non immédiatement traité, il faut s'attendre à voir apparaître d'un jour à l'autre quelque solution de continuité dans la partie supérieur de l'anneau constrictor, on peut être sûr que 90 fois sur 100 l'inoculation de la plaie par les chancres les fera repul-

luler de place en place, à moins toutefois qu'un traitement énergique n'enraie le mal.

En présence de ces cas complexes il serait téméraire de limiter la maladie d'une façon précise : les modes de terminaison peuvent varier à l'infini et il faut s'attendre à toutes les surprises.

Dans les cas simples eux mêmes, si la réduction est le plus souvent facile et si l'on peut en général assigner une limite très courte à la maladie qui ne laisse la plupart du temps qu'un souvenir désagréable dans la mémoire du patient, il ne faut pas perdre de vue le fait d'une récurrence toujours possible, plus fréquente peut-être qu'on affecte de le dire et de le croire vu les indurations cicatricielles du limbe, qui sont la conséquence pour ainsi dire obligée d'une première atteinte.

PATHOGÉNIE

Avant d'étudier l'anatomie pathologique et le mécanisme du paraphimosis, voyons ce que devient un prépuce normal dans son retrait en arrière de la couronne du gland et, pour ce faire, rappelons d'abord la structure du prépuce. Il se compose d'une peau très fine à cet endroit ; cette peau, qui recouvre presque toujours la couronne du gland et une partie de celui-ci, se réfléchit sur elle-même, présente l'aspect d'une muqueuse et vient se terminer au pourtour du gland dans le sillon balano préputial.

Au point de réflexion de la peau existe un anneau ou *limbe* formé par la condensation de certaines fibres de la couche musculo-fibreuse que nous allons étudier plus en détail. Un tissu cellulaire lâche sépare les deux feuillets muqueux et cutané de la couche musculo-fibreuse du prépuce et permet à celui-ci de se dédoubler pour se porter en arrière du gland.

Cette couche musculo-fibreuse comprend deux sortes de fibres : les unes, qui en forment la partie fondamentale, sont longitudinales c'est-à-dire orientées parallèlement à l'axe du pénis et se réfléchissent à sa partie antérieure, à l'endroit du limbe, en une courbe qui disparaît d'ailleurs presque totalement quand on ramène le prépuce en arrière du gland.

Ces trousseaux fibreux, qui vont se jeter dans la rainure balano-préputiale, ne sont jamais un obstacle à la projection soit en avant soit en arrière.

Les autres au contraire ont pour nous un intérêt tout particulier. Ils s'étalent en une nappe de fibres circulaires, peu denses à la vérité dans toute l'étendue du prépuce, mais qui se tassent tellement les unes contre les autres au point de réflexion des feuillets muqueux et cutané qu'ils en arrivent à former à la partie dorsale de la verge une corde fibreuse, sorte d'anneau incomplet disparaissant à la partie inférieure. En effet, ces fibres circulaires s'écartent les unes des autres en forme d'éventail sur les côtés de la verge, les antérieures allant se perdre dans la région du frein tandis que les postérieures regagnent le faisceau longitudinal.

Il résulte de cette disposition spéciale que l'anneau préputial n'est à proprement parler qu'un *demi-anneau supérieur* formé par la condensation des fibres circulaires, disposition qui explique l'aspect si particulier du paraphimosis.

L'explication ordinaire du mécanisme du paraphimosis est la suivante. Etant donné un gland, organe de forme conique, éminemment compressible et un limbe préputial étroit, ce dernier se laisse peu à peu élargir par le gland qui s'engage assez facilement dans cet anneau fibro-musculaire comme dans une filière.

A cause de l'étroitesse de l'anneau, la couronne du gland fait l'office d'un cran d'arrêt qui empêche le retour du prépuce en sa place habituelle aussitôt qu'il a franchi cette couronne. Dès lors, l'action mécanique du limbe intervient et a pour conséquence immédiate une gêne considérable dans la circulation. Il presse en effet fortement sur les corps caverneux qui lui offrent un plan résistant presque incompressible. Il n'en va pas de même pour les veines et les lymphatiques dont les parois flasques et lâches s'affaissent bientôt sous la pression de l'anneau, tandis que l'élasticité des artères lutte avec succès contre les mêmes causes. La circulation lymphatique est de ce fait considérablement gênée et, le retour

du sang veineux par la veine dorsale de la verge, impossible. Le gland gonflé de sang, par suite de l'apport incessant des canaux artériels, va se tuméfier dans des proportions telles que la couronne, toujours plus dure et plus tendue, sera un obstacle de moment en moment plus considérable pour la réduction.

Les deux feuillets du prépuce, grâce à la laxité du tissu cellulaire lâche qui les sépare du plan fibro-musculaire interposé entre eux à l'état normal, ont glissé l'un sur l'autre et le résultat est le suivant. Le limbe situé à la réunion de la peau et de la muqueuse est porté en arrière et dessine une encoche profonde au milieu des bourrelets formés par l'infiltration séreuse abondante qui distend, les deux feuillets muqueux et cutanés.

Le dos de la verge offre alors un aspect caractéristique, dont nous empruntons la description aux leçons de M. Mauriac. « Ce qui frappe au premier abord, dit-il, c'est la dépression profonde qui existe sur le dos de cet organe à 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 en arrière de la couronne du gland. Il résulte de cette dépression que le corps de la verge forme, avec le gland, un angle obtus ouvert en haut et en avant et dont le sommet est dirigé en bas et en arrière. Dans le creux de cet angle, il existe un sillon transversal limité en avant et en arrière par deux gros bourrelets que forment les portions du prépuce soustraites à l'étranglement et formés par l'infiltration du tissu cellulaire.

Le bourrelet antérieur situé immédiatement derrière la couronne du gland, correspond à toute la partie muqueuse du prépuce. Il est généralement beaucoup plus dur que les autres parce que c'est surtout en avant de la rainure de la constriction que se forment en premier lieu les exsudats plastiques et les adhérences qui en dérivent.

Le bourrelet postérieur est formé par la portion cutanée

du prépuce. Derrière lui s'entassent une série de bourrelets moins saillants séparés l'un de l'autre par des bourrelets superficiels et constitués par cet œdème inflammatoire qui envahit parfois la plus grande partie de la peau du pénis ». Quand à la portion inférieure, grâce à la structure déjà connue de son plan fibro-musculaire, elle se laisse distendre par l'infiltration du tissu cellulaire, infiltration d'autant plus considérable que le prépuce est plus long. Au niveau de la région correspondant à l'anneau, la sérosité, d'après les lois connues de l'hydrostatique, exerce une pression égale dans tous les sens ; mais, comme elle rencontre vers le haut dans les corps caverneux un plan très résistant elle tend à se diriger vers le bas et formera alors le renflement en jabot limité en avant et en arrière par deux sillons qui ne sont que la continuation de la rainure supérieure. Cette tumeur, au moment où il est donné au médecin de l'examiner, est le plus souvent dure élliptique, étendue transversalement au dessous du pénis précisément au sommet de l'angle que forme le gland avec les corps caverneux.

L'œdème qui donne le premier naissance à la constriction amène, par une sorte de cercle vicieux, un accroissement toujours plus considérable de cet œdème grâce à une action toute mécanique, la constriction exercée par l'anneau et il arrive souvent qu'en décalottant un malade atteint de balanoposthite par exemple, pendant les quelques minutes nécessaire pour le pansement, que l'œdème a déjà soulevé le bourrelet antérieur et on se trouve en présence d'un paraphimosis au début. Ces paraphimosis œdémateux sont d'ailleurs les moins graves et il suffit la plupart du temps d'une faible traction sur le prépuce pour ramener les choses à l'état normal. La nature passive de cette variété de paraphimosis la met à l'abri des complications de toute nature que peut faire naître la réaction inflammatoire.

Si on n'intervient pas dès le début de l'affection, elle ne tarde pas à s'aggraver. Au fond de la rainure où s'opère l'étranglement, la peau, par suite des tractions et des pressions qu'elle subit de part et d'autre, prend une teinte d'un blanc nacré et s'amincit. Cette ischémie mécanique est le premier degré des lésions dont le résultat définitif sera la destruction de la partie supérieure de l'anneau. En effet cette peau exsangue se fendille bientôt de place en place et toutes ces solutions de continuité étendues dans le sens transversal ne tardent pas à se réunir sous l'influence toujours croissante de la distension œdémateuse et à former une plaie à bords minces, irréguliers et appliqués étroitement sur les parties adjacentes.

Tant que la plaie n'a pas détruit l'anneau fibreux agent efficace de l'étranglement, les phénomènes congestifs augmentent d'intensité et c'est seulement lorsque l'anneau a cédé que la circulation se rétablit peu à peu. Les bourrelets s'affaissent alors grâce à la résorption de la sérosité et des bourgeons charnus se forment, qui amènent une guérison rapide de l'ulcération. Cette ulcération, pour des causes connues, ne dépasse pas en général les limites de la partie supérieure du prépuce mais la moitié inférieure intacte demeure toujours renflée en jabot parce que des exsudats fibrineux se sont formés à la suite de l'inflammation douloureuse qui est venue se greffer sur l'infiltration séreuse. C'est cette hypertrophie réelle et permanente de la moitié inférieure du prépuce qu'il faudra forcément faire disparaître plus tard si on ne prend pas la peine d'opérer sur le champ le paraphimosis.

COMPLICATIONS

D'après ce que nous venons de voir dans le chapitre précédent le paraphimosis n'est pas une affection négligeable. loin de là : et, tant que la malformation anatomique initiale persiste, le malade est sous le coup d'accidents variés sans compter la récurrence que nous avons déjà mentionnée et sur laquelle nous voulons attirer l'attention. Cette récurrence à elle seule serait suffisante pour faire adopter le traitement radical que nous préconisons. Les souffrances que le malade doit endurer, les nombreuses complications, dont quelques unes assez sérieuses, qui le guettent, ne font que nous fortifier dans notre idée.

Une des plus fréquentes, celle qu'on retrouve dans presque toutes les observations de paraphimosis inflammatoire tant soit peu ancien ce sont *les adhérences*. D'abord, molles et faciles à vaincre, elle cèdent aisément à la traction, mais plus tard il n'en va pas de même : la nécessité de réparer les lésions produites, amène une réaction violente des tissus qui, combinée à la stase mécanique de la sérosité sanguine, provoque la formation d'exsudats plastiques, ces exsudats s'organisent bientôt en brides cellulofibreuses reliant d'une façon intime les corps caverneux, le gland et les téguments du prépuce. C'est là un des obstacles les plus puissants à la réduction et qui milite le plus en faveur de la circoncision immédiate.

Quant aux *chancres simples*, ils ont une importance extrême, et, sont une complication malheureusement trop

réelle et des plus redoutable. Ce sont eux qui ont fait croire à la gangrène, suite de paraphimosis alors qu'on avait affaire à une verge énorme dont la bride circulaire se ramollit, se nécrose en divers endroits et produit une suppuration et des ulcérations qui ont une grande tendance au phagéténisme. Dans ces cas la chancrelle est le plus souvent primitive et, chez des individus prédisposés par la structure anatomique de leur prépuce, il n'est pas rare de la voir s'inoculer de proche en proche et produire par la suite un paraphimosis des plus graves : le paraphimosis chancrelleux. Au bout de peu de temps la gêne de la circulation artérielle, l'arrêt presque complet de la circulation veineuse et lymphatique due à l'étranglement offrent à l'agent spécifique du chancre mou, un milieu des plus favorables à l'exaltation de sa virulence. En effet l'intensité du travail inflammatoire sévissant sur des parties dont la turgescence vasculaire est énorme constitue une des principales causes du sphacèle des chancres. Nous trouvons donc réunies ici les conditions mécaniques et pathologiques les plus aptes à anéantir la vitalité des tissus.

L'observation suivante, empruntée à M. Mauriac, donne un exemple remarquable des désordres que peut entraîner un paraphimosis compliqué de chancres simples.

OBSERVATION I

M. H. Antoine, 20 ans, palfrenier, entré le 26 juillet, dans le service de M. Mauriac, eut commerce le 17 juillet 1872, avec une prostituée dans une maison publique de Boulogne-sur-Seine. Trois jours après, chancre dans la rainure balanopréputiale.

Le prépuce de ce malade était long, mais son orifice n'était pas étroit et glissait facilement sur le gland.

Le mardi 23 juillet (troisième jour du chancre) le malade après avoir découvert le gland, pour examiner le chancre, se trouva dans

l'impossibilité de ramener le prépuce en avant, et il se produisit un paraphimosis des plus violents. Les accidents consécutifs, à ces chancres et à ce paraphimosis marchaient avec une effroyable rapidité. Dabord, tuméfaction énorme et rougeur de tout le fourreau, sillons profonds, bourrelets très volumineux et ulcération dans la rainure ; en un mot paraphimosis avec appareil inflammatoire extrêmement aigu. Puis sphacile de toutes les ulcérations chancereuses.

Quand je vis le malade à ma consultation le vendredi 26 juillet (troisième jour du paraphimosis. Sixième jour des chancres) il présentait l'état suivant : Toute la circonférence de la couronne du gland est déchiquetée et rougie par des ulcérations qui se prolongent, d'une part, sous le bourrelet antérieur du prépuce ; d'autre part entre l'extrémité des corps caverneux et le bas du gland, presque jusqu'au canal de l'urèthre. L'une de ces ulcérations, beaucoup plus vaste que les autres, a dévoré un quart du gland au moins sur le côté droit et mis à nu une partie de la portion banalique du canal. C'est seulement dans la partie inférieure, à gauche, que la base du gland est respectée. Cet organe ne semble plus tenir au corps caverneux que par le canal de l'urèthre. Sur les bords et dans le fond de ces ulcérations, il y a de larges lambeaux de tissu gangrené ; noir par places ou d'un blanc grisâtre. Sécrétion abondante d'un ichor putrilagineux exhalant une odeur fétide. Aucune tuméfaction ganglionnaire.

Dans la rainure de l'étranglement ulcération occupent toute la moitié supérieure de la circonférence du limbe ; elle ne paraît pas encore chancreuse. Bourrelet et jabot sous-préputial très volumineux. Douleurs vives. Cependant état général assez bon. Pas de fièvre. Je prescrivis des lotions fréquentes, et à grande eau, avec de l'eau alcoolisée, et je fis entourer la verge de cataplasme très humides et froids, imbibés d'eau de vie camphrée. Repos et toniques.

Le lendemain les parties sphacélées étaient un peu détergées. Je fis deux piqûres d'inoculation avec du pus pris sur deux points différents de la circonférence du prépuce.

Le 29 juillet (sixième jour du paraphimosis) les inoculations sont complètement négatives. J'en pratique deux autres. Un peu d'amélioration. Le travail d'élimination des eschares continue sans réaction inflammatoire violente. L'ulcération située dans la rainure de l'étranglement n'a pas encore les caractères du chancre. (Lotions

phéniquées, cataplasmes, eau-de-vie camphrée). A mesure que les débris sphacelés s'éliminent, on juge mieux de la profondeur du mal ; le gland ne tient plus au reste de la verge que par l'urèthre et quelques points de tissu cellulaire et de muqueuse qui n'ont pas été atteints.

31 juillet. — La gangrène ayant détruit presque toute la couronne du gland et le bourrelet antérieur du prépuce, et l'ulcération de la rainure ayant fait cesser la constriction, il en résulte une sorte de détente dans tous les tissus, suivie d'une demi-réduction spontanée. Les phénomènes inflammatoires ont beaucoup diminué. Gonflement moindre. Aspect meilleur des ulcérations. Résultat négatif de la deuxième inoculation. La solution de continuité produite par l'étranglement n'est pas devenue chancreuse. Santé générale excellente. Sensibilité intacte sur toutes les parties malades.

1^{er} août. — La solution de continuité produite par l'étranglement est en voie de cicatrisation. Le prépuce à peu près réduit spontanément s'avance sur les débris du gland et cache les ulcérations résultant de la gangrène. Celles-ci présentent un bon aspect et se recouvrent de bourgeons charnus (même traitement. Je touche légèrement la surface avec le crayon de nitrate d'argent). Le jabot sous-préputial est toujours très volumineux.

12 août. — L'ulcération résultant de l'étranglement est complètement cicatrisée depuis deux ou trois jours. Toutes les parties sont dégonflées et ont recouvré leur souplesse et leur coloration naturelles. Le prépuce s'avance au-dessus des ulcérations résultant des chancres. Ces ulcérations sont en partie cicatrisées et ont détruit environ le tiers du gland qui ne se rattache au corps caverneux que par une petite portion de tissu sain du canal de l'urèthre. La partie inférieure du prépuce restée intacte constitue toujours une sorte de jabot qui est moins volumineuse que les jours précédents.

20 août. — La guérison est à peu près complète ; il ne reste qu'un petit point qui n'est pas encore cicatrisé. La partie inférieure du prépuce a considérablement diminué de volume ; elle ne forme plus tumeur ; seulement elle est trop longue par rapport à la moitié supérieure. Il faudrait donc pratiquer la demi-circconcision inférieure. En ce moment le malade ne paraît pas disposé à se laisser retrancher quelque chose ; privé d'un bon tiers de gland, il tient à conserver ce qui lui reste du prépuce. La rainure balano-préputiale est profondément creusée. Toute la couronne du gland a disparu, et

à droite, une vaste échanerure s'étendant presque jusqu'au méat laissa presque à nu la portion correspondante de l'urèthre, qui est recouverte en ce point d'un tissu cicatriciel.

24 août. — Cicatrisation complète en tous les points.

Les phlyctènes se produisent assez fréquemment sur le bourrelet œdémateux et lorsque le paraphimosis date de quelques jours la muqueuse du gland et celle du prépuce se dépouillent de leur épithélium et sécrètent un liquide séreux puis muco-purulent.

L'inflammation qui en résulte souvent ne se cantonne pas toujours au niveau de l'étranglement : elle peut gagner la verge tout entière et produire des décollements, des abcès qui se réunissent parfois entre eux, grâce à une fonte purulente du tissu vasculaire. Cette complication constitue la variété assez rare de paraphimosis érysipélateux ou phlegmoneux qui peut donner naissance à des lymphangites, des phlébites du dos de la verge. Quant aux fusées purulentes, aux petits abcès en chapelet sur le trajet des vaisseaux malades, ils sont encore moins fréquents.

Le priapisme, sorte de demi-érection consécutive à l'excitation des parties s'observe quelquefois.

Enfin une réaction sympathique sur la verge peut produire la *rétention d'urine*, qui reconnaît également pour cause, quoique plus rarement, attendu que le canal est protégé par la cuirasse pour ainsi dire incompressible des corps caverneux, la striction que l'anneau exerce sur l'urèthre. Cette complication assez rare se rencontre dans les cas de paraphimosis à limbe très étroit ou dans lesquels le gonflement du prépuce a pris des proportions énormes.

Foudreton (1) dans sa thèse sur le phimosis et le paraphimosis dit en parlant de la rétention d'urine qu'elle est très redoutable par « l'anxiété dans laquelle elle jette le malade, par la paralysie de la vessie à laquelle elle l'expose et les ruptures de l'urèthre qui en sont fréquemment la suite ». — Il parle également des symptômes généraux graves, agitation, céphalalgie, fièvre, nausées, inappétence, vomissements qu'elle cause. — Sans nier la possibilité de ces accidents nous devons dire que nous n'en avons vu aucun autre cas relaté dans les recherches auxquelles nous nous sommes livrés à ce sujet d'où nous concluons qu'ils doivent être bien rares.

Quant aux mortifications partielles dues à une constriction

(1) FODRETON. Thèse de Paris, 1843.

énergique trop prolongée du canal en un point déterminé, aux fistules uréthrales en un mot, en voici un exemple rapporté par le docteur Augé, de Pithiviers (1).

OBSERVATION II

Le 27 mai 1867, j'étais appelé à Pithiviers auprès du sieur C...

Depuis trois jours cet homme éprouve une certaine difficulté à uriner, occasionnée par un paraphimosis qui s'est produit le 18 mai. La verge est tuméfiée, le gland violacé et étranglé à sa base par le prépuce. A la face postérieure de la verge, près du frein est une eschare grisâtre d'une étendue de deux centimètres, épaisse et molle. Elle commence à se détacher.

Depuis le 18, le malade avait appliqué des cataplasmes sur le pénis.

Je débride le paraphimosis et refoule le prépuce sur le gland. Avec des ciseaux courbes, j'enlève l'eschare. Elle s'étendait jusqu'à l'urèthre, dont la paroi postérieure est mortifiée dans l'étendue d'un centimètre.

Je soupoudre la plaie de quinquina.

Le 22, le malade urine plus facilement; les urines s'écoulent en partie par le méat; en partie par l'excavation qu'a laissée l'enlèvement de l'eschare. Je lui conseille de panser la plaie avec l'onguent Styrax et plus tard avec le cérat.

Quelques semaines après il vint me visiter; la plaie était cicatrisée; sans dépression sensible, les urines s'écoulaient librement par le méat.

La mortification du gland peut-elle résulter de la seule constriction apportée par le limbe. Et dirons-nous comme Demarquay, que dans certains cas l'anneau exerçant une striction énergique sur les tissus sous-jacents, peut être cause de la gangrène du gland et de la partie antérieure du corps caverneux ?

Pour que cette mortification eut lieu il faudrait une constriction totale de la verge c'est-à-dire un anneau entier qui

(1) *Union médicale*, 1872.

empêchât totalement l'apport du sang dans les parties. Or, nous avons déjà insisté sur la disposition spéciale de l'anneau constricteur qui n'est à la vérité qu'un demi-anneau supérieur et qui par suite laisse circuler le sang à la partie inférieure : Circulation insuffisante, objectera-t-on, puisque tous les vaisseaux importants se trouvent à la partie dorsale de la verge. A cela nous répondrons que le gland, par ses anastomoses vasculaires avec les corps caverneux et la portion spongieuse du canal de l'urèthre, prévient encore par une autre voie les dangers qui résultent pour lui de la compression des veines et des artères de la région dorsale de la verge. — De plus cette compression ne dure jamais bien longtemps : l'effort de l'anneau a bientôt fait de s'épuiser sur le plan résistant fibro-élastique que lui offrent les corps caverneux : Tirailé en tous sens, privé de toute nutrition, l'anneau devient l'agent de sa propre destruction et réalise par ce mécanisme la cure rationnelle de la lésion qu'il cause. Verneuil, qui avait bien remarqué ce fait, croyait si peu à la gangrène de la verge, suite de paraphimosis, qu'il traitait le phimosis par le paraphimosis abandonné à lui-même. Et Mauriac, bien placé pour faire l'étude de la lésion qui nous occupe, n'admet la gangrène que comme conséquence des chancres mous. Les parties situées en avant de l'agent de constriction prennent en ce cas une teinte brunâtre, livide, violacée, se flétrissent et se couvrent d'eschares, tantôt superficielles, tantôt profondes qui finissent par s'éliminer.

Il semble donc bien, d'après ce que nous venons de voir, que la gangrène soit une complication infiniment rare et dont on ne doit pas beaucoup se préoccuper.

Cullerier (1), dans le Dictionnaire en 60 volumes, cite les papillomes du gland comme une complication redoutable et

(1) CULLERIER. Dictionnaire en 60 volumes, L. XL.

très douloureuse en même temps que comme cause du paraphimosis. Ils deviennent, paraît-il, d'une sensibilité exquise et la douleur est telle qu'elle peut produire des convulsions chez les jeunes enfants. Cullerier conseille de recourir sans tarder au débridement pour éviter ces suites fâcheuses.

On cite encore *les hémorrhagies* qui peuvent se produire toutes les fois qu'il existe une solution de continuité telle que : éraillures, chancres, etc. Le sang serait d'autant plus difficile à arrêter ici, que le vaisseau sanguin qui donne est presque toujours un des canalicules veineux développés outre mesure. En effet, l'anneau s'opposant au retour du sang veineux tandis que l'afflux du sang artériel est toujours possible, les tissus engorgés ne demandent qu'à laisser fuir le sang qu'ils contiennent.

Il nous reste maintenant à parler *du jabot*, cette difformité gênante et disgracieuse sur laquelle M. Mauriac a beaucoup insisté dans son étude et à laquelle il opposait une intervention spéciale quand le paraphimosis était guéri, à savoir la demi-circuncision inférieure.

M. Brault (1) a de nouveau rappelé l'attention sur le jabot en montrant quelle durée infinie pour ainsi dire pouvait prendre cette collerette indurée que certains auteurs considèrent comme provisoire. C'est la conséquence hideuse du paraphimosis réduit après un certain temps d'étranglement ou débridé dans les mêmes conditions. A elle seule elle serait une raison suffisante pour intervenir de suite pendant qu'on a le malade sous la main et lui éviter ainsi une opération secondaire qu'il viendra fatalement réclamer plus tard de lui-même.

L'observation suivante de M. Mauriac (2) permet de préciser la durée authentique d'une ces tumeurs *provisoires* :

(1) *Bulletin médical de l'Algérie*, (1897).

(2) MAURIAC. *Union médicale*, 1872, § 329.

OBSERVATION III

P... (Paul), Iunetier, âgé de 48 ans, entre le 26 janvier 1870, dans mon service, salle 7, n° 4, avait eu *quinze mois* auparavant, un paraphimosis qui avait été soigné par mon regretté collègue, le docteur Liégeois. Cet accident était survenu la première fois que le malade vit une femme, à la suite d'un coït, qui exigea des efforts.

L'orifice du prépuce était naturellement étroit et ne franchissait la couronne du gland qu'avec difficulté.

Voici dans quel état se trouvait le prépuce quinze mois après l'accident : la peau du fourreau se terminait sur la face supérieure de la verge, presque immédiatement derrière la couronne du gland, ce qui provenait de ce que toute la partie supérieure du prépuce avait été détruite par une ulcération dont la cicatrice linéaire et transversale était visible derrière la rainure du gland. Toute la moitié inférieure de l'organe, au contraire, avait été conservée ; et, bien que les phénomènes inflammatoires eussent depuis longtemps disparu, cette partie formait au-dessous du gland une tumeur en jabot volumineuse, gênante pendant le coït, qui s'irritait et grossissait à la moindre excitation, comme celle qui avait été causée tout récemment par une légère blennorrhagie dont le malade était guéri depuis peu.

Au moment où je fis l'opération, le 8 février 1870, la tumeur se présentait dans les conditions les plus favorables au succès, car il n'existait ni engorgement, ni œdème périphérique, ni ulcération ancienne, ni récente du prépuce. Le renflement était circonscrit d'une manière très nette par deux sillons principaux, l'un antérieur, l'autre postérieur qui indiquaient la direction qu'il fallait donner aux incisions. Ces incisions se rejoignaient de chaque côté à angle aigu, vers l'extrémité de la cicatrice linéaire et transversale, dont j'ai parlé plus haut. Il fut facile de disséquer ce lambeau qui mesurait 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur. Après avoir lié une artériole au niveau du frein, j'affrontai les deux lésions de la plaie avec des serre-fines qui furent enlevées, les unes huit, les autres seize heures après l'opération.

Pas de fièvre. La réunion eut lieu par première intention excepté au niveau du frein. Au bout de quelques jours, la cicatrisation

était complète sur tous les points. Le 21 février, le malade était guéri. La blennorrhagie qui était revenue sous l'influence du travail inflammatoire, céda rapidement aux anti-blennorrhagiques. Les résultats donnés par l'opération étaient on ne peut plus satisfaisants et toute difformité avait disparu.

On voit donc que quinze mois après le paraphimosis la tumeur sous-préputiale était devenue le siège d'une recrudescence inflammatoire subaiguë sous l'influence d'une blennorrhagie.

TRAITEMENT

Comme pour toutes les affections fréquentes et relativement peu graves par elles-mêmes le nombre des traitements recommandés par les auteurs est très grand et il faudrait des volumes pour détailler les divers procédés mis en œuvre avec toutes leurs variantes. Aussi nous bornerons-nous ici à rappeler les plus simples et les plus communément employés tout en jetant un coup d'œil rapide sur d'autres imaginés par des médecins célèbres et qui se signalent à l'attention par leur seule complexité,

Nous terminerons enfin ce chapitre par l'exposé de la méthode que nous avons vu employer à la consultation de l'hôpital Saint-Louis par M. Legueu : méthode que nous avons expérimenté nous-même dans plusieurs cas dont nous rapportons les observations à la fin de cette thèse.

Réduction. — Le procédé le plus ancien, en même temps que le plus simple et le plus facile est sans contredit celui de la réduction manuelle.

Beaucoup de cas de paraphimosis sont sans conteste justiciables de ce mode de traitement et il n'est nullement nécessaire, en face de parophimosis œdémateux peu anciens surtout, de recourir à des instruments ou des appareils spéciaux. Les mains seules suffisent et avec de la patience de la part du malade, de la persévérance dans les manœuvres de la part de l'opérateur, on arrive à remettre en place bien des prépuces qui paraissaient au premier abord rebelles à toute tentative de réduction.

De vieux auteurs, parmi lesquels Chassaignac, disent même que tout paraphimosis est justiciable de cette réduction manuelle. Il ne faut jamais se décourager, dit-il, et, selon lui, on arrive par ce procédé à réduire des paraphimosis que des confrères moins persévérants avaient trop vite abandonnés à eux-mêmes après quelques tentatives infructueuses. — Dès 1847 Chassaignac avait réuni une douzaine d'observations de paraphimosis déjà anciens qui avaient été traités par lui à l'aide d'un taxis méthotique et prolongé.

Si nous ne suivons pas cet auteur jusque-là, reconnaissons cependant que cette manœuvre, qui a le mérite de parer aux accidents immédiats, donne de très bon résultats.

Voici d'ailleurs la technique de cette méthode telle qu'elle est employée un peu partout.

Après avoir comprimé pendant quelques instants les bourrelets infiltrés de sérosité afin de refouler autant que faire se peut cette dernière en arrière de l'anneau, on saisit la verge en arrière de l'étranglement entre le pouce et l'index de la main gauche disposés en anneau et de la main droite on presse le gland en tous sens. Cette compression doit être exécutée avec une grande douceur et, chose plus importante encore, être ininterrompue. En effet la continuité des manœuvres, bien plus que leur violence, permet d'arriver au but. Lorsqu'on juge le gland assez réduit de volume on agit énergiquement de la main gauche sur le bourrellet supérieur. La main droite pressant toujours sur le gland, on agit également de préférence sur la partie supérieure de la couronne afin d'arriver à la faire glisser sous l'anneau constricteur, car étant donné le mécanisme du paraphimosis, seule la partie supérieure du gland doit préoccuper l'opérateur.

Si tuméfiée qu'elle soit, la partie inférieure n'est jamais un obstacle insurmontable à la réduction. Dès l'instant que le bourrelet antérieur a passé derrière l'anneau et que ce der-

nier a franchi la couronne du gland, l'opération est terminée, on continue cependant à malaxer la verge pendant un certain temps afin d'empêcher l'afflux sanguin qui ne manquerait pas de se produire dans la partie antérieure et aurait pour effet inévitable de former une tumeur énorme pouvant repousser le limbe préputial en arrière de la couronne du gland et reproduire ainsi à bref délai la lésion initiale.

Le procédé de Delore, de Lyon (1), ne diffère pas sensiblement de celui que nous venons d'exposer. Avant de chercher à refouler le gland, M. Delore, s'attache à le pétrir avec les doigts de façon à le débarrasser des liquides qu'il contient. Au bout de quelque temps de cette manœuvre le gland est réduit à des dimensions très minimes par rapport à celles qu'il présentait auparavant et toujours inférieures à celles de l'orifice qu'il doit traverser. Une fois ce résultat obtenu il n'y a plus grand effort à faire pour ramener le prépuce en avant : Les adhérences, soit quelles se déchirent, soit qu'elles jouissent d'une extensibilité suffisante n'offrent pas d'obstacle sérieux.

Ce procédé d'une exécution facile, grâce à l'emploi de l'anesthésie générale, qu'employait M. Delore, présente d'après son auteur, l'immense avantage d'éviter l'incision avec toutes les complications qu'on pouvait en redouter à cette époque.

Voici une observation d'un cas de paraphimosis dans lequel M. Delore a employée sa méthode.

OBSERVATION IV

Pierre F..., âgé de 13 ans, natif de Lyon, entre à la Charité, salle Sainte-Adélaïde, le 21 février. Il est porteur d'un paraphimosis pré-

(1) LERICHE. *Bulletin de thérapeutique* 1868.

sentant l'apparence suivante. Le prépuce qui étrangle le gland est très tuméfié, et forme au voisinage de la couronne, une sorte de bourrelet de consistance cartilagineuse, ressemblant sous ce rapport au tissu spongieux en érection. Ce bourrelet est entouré d'un autre plus volumineux qui est simplement tuméfié et de couleur violacée. Des ulcérations superficielles se montrent sur le prépuce, au niveau de la face de la verge. Cet état remonte à plus d'une semaine. Le malade raconte que le 12 février il a reçu d'un homme adulte un coup de pied dans les parties génitales ; la lésion a été immédiatement produite. D'après les renseignements qu'il donne le gland n'avait jamais été mis à nu ; mais il a toujours été recouvert par un prépuce long que l'enfant n'a jamais vu ramener en arrière. On ne découvre pas d'antécédents de masturbation.

Il n'y a pas eu de rétention d'urine. Il y a eu d'assez vives douleurs au début, et on a fait des applications de cataplasme pendant les trois premiers jours. Depuis, les douleurs s'étant apaisées, on a laissé le malade sans traitement jusqu'à son entrée à l'hospice.

A ce moment, il ne souffre pas au repos ; mais il éprouve dans la marche une douleur considérable, à cause du gonflement du prépuce et des ulcérations qui le recouvrent, ce qui rend douloureux le frottement de cette partie contre les vêtements.

Le 22, c'est-à-dire dix jours après l'accident, M. Delore après avoir fait anesthésier le malade, procéda à la réduction de la manière indiquée plus haut. Soutenant de la main gauche la verge saisie à poignée et placée verticalement, il se sert des extrémités réunies des doigts de la main droite pour malaxer le gland ; lorsque, après un pétrissage prolongé pendant plusieurs minutes, le gland, dégorgé, se trouve réduit à un volume insignifiant, le chirurgien maintient l'organe comprimé sous ses deux pouces ; entourant alors la verge entre l'index et le médius de chaque main tournée dans la supination, il ramène avec les doigts le prépuce en haut, tandis qu'il refoule le gland avec les pouces. Ce dernier temps de l'opération s'exécute sans difficulté.

Après la réduction, le prépuce, très volumineux, proémine en avant du gland ; l'une des extrémités du bourrelet cartilagineux vient finir sur la face interne et le bord gauche de l'enveloppe préputiale.

Il n'y a pas eu de douleurs consécutives.

Le 25. — Le dégorgement était à peu près achevé et la gué-

raison complète. Le prépuce, toutefois, dépasse le gland et présente une ouverture un peu étroite, qui empêche de le ramener facilement en arrière ; mais cette déposition, qui, du reste, existait déjà auparavant, ne diffère pas sensiblement de celle qu'on observe généralement chez les enfants de cet âge ; et plus tard, à l'époque de la puberté, le gland pourra être découvert aisément.

Mauriac dans *l'Union médicale* de 1872, préconise le procédé suivant : — Après s'être assuré qu'il n'existe sur le gland ou le prépuce aucun chancre inoculable, il pratique *des mouchetures* aux endroits les plus saillants des bourrelets muqueux et cutanés, puis exerce une pression méthodique analogue à celle indiquée plus haut et, lorsqu'elle a produit le résultat voulu, il insinue l'indicateur de la main entre l'anneau de l'étranglement et le corps caverneux « ce « qui donne, dit-il, la preuve qu'il n'existe pas d'adhérences « ou du moins que s'il en existe, ces dernières sont lâches, « molles et incapables de résister plus longtemps aux pressions en sens inverse qu'on exerce sur le prépuce et sur le « gland ».

Récemment le docteur Bonnet (de Romans) (1) vient de publier dans la *Semaine médicale*, les résultats d'une pratique inspirée du même principe. Depuis 10 ans qu'il emploie systématiquement ce procédé, abandonné jadis à cause des complications infectieuses qu'on l'accusait de favoriser, il n'a jamais eu de telles complications à déplorer, grâce à des soins antiseptiques très sommaires.

Voici d'ailleurs ce que dit le docteur Bonnet dans sa communication, où il engage les praticiens à suivre son exemple pour tous les cas qui se présentent aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. « Mandé auprès d'un malade atteint de paraphimosis on fait toujours un taxis d'essai. Si celui-ci ne

(1) *Semaine médicale*, 1897.

donne pas de résultat, ce qui arrive souvent, alors qu'on est appelé trop tard quand le prépuce est déjà gonflé, œdématisé, on fait immédiatement avec le bistouri quelques mouchetures — deux à cinq — et on malaxe les parties engorgées pendant 3 à 4 minutes. La sérosité s'écoule et les téguments qui étaient gonflés, prêts à éclater, deviennent mous et flasques ». On dirait, ajoute M. Bonnet, qu'il y a de la peau de reste. Cette méthode a donné, entre les mains de son auteur, des succès constants chez les enfants dans le cas de paraphimosis inflammatoire et chez les adultes dans le cas de paraphimosis simple ou causé par des chancres.

Ce procédé serait très peu douloureux et n'aurait jamais nécessité d'anesthésie locale. Il serait, d'après M. Bonnet, supérieur à tous les autres.

Nous ne suivrons pas M. Bonnet jusqu'aux limites de ses conclusions, mais nous reconnaissons volontiers qu'un tel procédé peut rendre de grands services au cas de bourrelets œdémateux très volumineux.

Desruelles (1), lui, pense qu'on peut toujours triompher d'un paraphimosis, même s'il présente des adhérences très anciennes et en cela il fait partie des auteurs qui préconisent la réduction même forcée à l'exclusion de toute autre intervention. « Nous soutenons, dit-il, que non seulement les incisions ; les débridements du prépuce, comme on les appelle, sont toujours inutiles, mais que dans beaucoup de cas elles seraient dangereuses. Nous disons toujours, car nous n'avons jamais opéré un seul paraphimosis et nous en avons cependant réduit un très grand nombre : de ceux qui dataient de 15 jours à 3 semaines et même une fois de deux mois ». — « Dans les paraphimosis très anciens, ajoute le même auteur, (et nous considérons comme tels, les

(1) DESRUELLES. *Lettres sur les maladies vénériennes*, p. 486.

paraphimosis établis depuis plus de 15 jours) pour la réduction desquels on a fait des tentatives répétées et inutiles, on ne parvient pas toujours à les réduire immédiatement en une seule séance. Il faut alors détacher le prépuce autant que cela est possible, le ramener sur le gland au moyen d'un bandage qui, en même temps, pousse en arrière cet organe et le prépuce en avant : Ce bandage est une espèce de capeline. Les organes qu'elle recouvre sont continuellement arrosés avec de l'eau froide dans laquelle on a mis du sous-acétate de plomb. Le lendemain on fait de nouvelles tentatives pour déchirer les adhérences du prépuce et l'on réapplique la capeline ; ces opérations sont répétées autant de fois que le cas l'exige.

D'autres, comme Guyot (1), emploient comme adjuvant de la compression graduelle les irrigations d'eau froide pour aider à la décongestion des parties enflammées.

Voici la description du procédé de cet auteur.

On fait asseoir le patient sur une chaise avec un seau d'eau froide entre les jambes. On enroule une compresse de gaze mouillée autour de la verge. De la main gauche en supination on saisit la verge à pleines mains, tandis que de la main droite on projette de l'eau froide sur les organes génitaux. La main gauche pendant ce temps ne reste pas inactive ; elle fait effort principalement sur les bourrelets œdémateux et sur le gland. Lorsque les bourrelets se sont affaissés, avec la pulpe du pouce ou de l'index droit, on refoule le gland d'avant en arrière pendant que la main gauche maintenant toujours la compression circulaire, ramène le prépuce en sens inverse.

Au cas de paraphimosis ancien et très douloureux on ferait de l'anesthésie localisée soit à l'aide de compresses

(1) GUYOT. *Archives médicales belges*, mai 1896.

imbibées de solution de cocaïne à 1/100 appliquées directement loco dolente, soit à l'aide de l'anesthésie à distance faite à la base de la verge avec 5 ou 6 cent. cubes de la même solution.

Maintenant que nous avons décrit avec quelques détails les principaux procédés de réduction mis en usage, rappelons rapidement ceux qui, tout en étant moins pratiques, ont été préconisés par des médecins connus.

Petit Radel (1) veut qu'on presse sur le gland dans le sens de sa longueur car, ainsi qu'il le fait justement remarquer, lorsqu'on comprime le gland dans le sens de sa largeur, on augmente son diamètre transversal, par suite le volume de sa base.

A. Guérin conseille de placer le malade debout et séparé de l'opérateur par une table qui l'empêche de trop s'approcher : on saisit alors la verge à pleines mains, en arrière de l'étranglement, jusqu'à sa racine, et on commande au malade de ne pas reculer. On comprime fortement le pénis et la douleur est tellement vive qu'immédiatement le malade veut fuir et le prépuce est ramené en avant par suite des efforts du malade.

Ricord, lui, entourait simplement la verge avec une compresse d'eau froide, la tenait pendant quelque temps dans ses mains, puis, saisissant le pénis de la main gauche, en pressait la base avec les doigts de la main droite, de manière à faire pénétrer le gland dans l'anneau que le prépuce forme derrière lui.

Dupuytren recommandait d'enduire la verge et le gland d'un corps gras, puis de serrer graduellement la verge avec une compresse humide qui ramène le prépuce en avant,

(1) *Encyclopédie chirurgicale*. Article Paraphimosis.

l'opération terminée, on applique des compresses d'eau froide sur les parties.

Guertant, qui avait adopté ce procédé pour les enfants, estimait que la douleur qu'il occasionne était très utile aux petits malades pour les empêcher de se livrer à leurs mauvaises habitudes.

Philipps se place à droite de son malade et applique le médius et l'indicateur de la main droite en long sur la face inférieure de la verge et la pulpe du pouce sur la face dorsale de la couronne du gland et du bourrelet oedémateux. Il presse de manière à les rendre efficace et engage l'extrémité de l'ongle sous la bride en refoulant la muqueuse préputiale. En même temps, de la main gauche, il embrasse circulairement le corps de la verge et les deux doigts étendus par dessous. Par une pression modérée, il fixe sur l'ongle du pouce droit la bride qui vient ainsi le recouvrir ; il l'amène sur le gland par une traction simultanée des deux mains. Le gland glisse sous la pulpe du pouce et passe immédiatement derrière la bride.

Enfin rappelons que le traitement médical, le repos, les topiques émollients et astringents, compte aujourd'hui encore des partisans et qu'il procure parfois la guérison par la réduction spontanée ou l'ulcération de la bride préputiale.

M. Massart, dans les cas légers, ceux par exemple où une irritation accidentelle a rétréci momentanément l'ouverture préputiale qui laissait libre passage au gland, conseille les frictions avec une pommade mercurielle contenant un peu de belladone. Il dit avoir obtenu des succès de ce traitement où dame nature semble bien être le meilleur agent de la réduction spontanée. En effet, quelle action élective le mercure et la belladone peuvent ils avoir sur un étranglement où l'élément spasmodique n'existe pas et où

l'élément passif dû à l'inflammation des tissus reconnaît pour cause une action exclusivement mécanique.

D'après nous ce traitement peut être réservé tout au plus pour des cas bien spéciaux, le paraphimosis compliqué de chancres mous par exemple, où la crainte de l'inoculation de la plaie peut et doit à notre avis, faire reculer devant une intervention sanglante. Il a le grand tort d'ouvrir la porte à des complications sérieuses, telles que l'ulcération, voir même le sphacèle du prépuce et les tissus sous-jacents.

Disons maintenant un mot des appareils employés par quelques auteurs pour arriver à la réduction.

Velpeau (1) et Boyer (2) conseillaient l'un une compression faite avec une bande de toile ordinaire, l'autre un bandage compressif qui entourait la verge, le prépuce et le gland.

Maisonneuve, le premier eut recours à la bande élastique et voici sa façon d'opérer : il entourait le gland et la verge en totalité avec une bande de caoutchouc assez large et avait soin de faire une compression égale sur toutes les parties. Peu à peu l'organe s'allonge et on le maintient ainsi comprimé pendant 10 à 15 minutes malgré la douleur.

Lorsqu'on enlève la bande on trouve l'organe dans un état de flaccidité relative, qui le plus souvent rend la réduction facile.

De Lépine (3) cite un cas où la réduction avait été absolument impossible par les moyens ordinaires et dans lequel ayant sous la main la petite bande de caoutchouc avec laquelle il entourait le panneton de la clef de Garengéot ; il se servit de cette bande et après 10 minutes de compression obtint un succès des plus brillants.

D'autres opérateurs cherchent à agir sur l'anneau pour le

(1) *Médecine opératoire*. T. VII.

(2) *Traité des maladies chirurgicales*.

(3) *Journal des praticiens*. 1874.

faire glisser sur la couronne du gland qu'on déprime en même temps.

Fallope se servait d'une plaque de plomb qu'il appliquait sur le gland et avec lequel il le comprimait ; il cherchait ensuite à ramener le prépuce sur cette feuille de plomb qui lui servait alors de conducteur.

M. Bardinet de Limoges a remis en honneur cette pratique et nous avons cru utile de reproduire ici une observation (1) où il eut l'occasion d'en user.

OBSERVATION V

Appelé auprès d'un jeune homme chez lequel, à la suite de manœuvres illicites, un phimosis congénital s'était transformé en paraphimosis, je vis un malade qui avait essayé se remettre lui-même les choses en l'état sans y réussir. Le gonflement augmentait, la douleur devenait vive et il avait bien fallu, confus et repentant appeler au secours. Un de mes confrères, homme de savoir et d'expérience, avait tenté de réduction et n'avait pu l'obtenir. Je fus appelé avec lui. Le jeune malade se plaignait de souffrir cruellement ; l'anneau préputial serrait les corps caverneux au niveau de leur pointe ; au-dessous de lui, le gland d'un rouge sombre, et dans un état de turgescence exceptionnelle, débordait comme un chapiteau renversé sur un fût de colonne. Je tentai la réduction par le procédé ordinaire. Les parties malades entourées de linge furent soumises à la compression prolongée ; l'enveloppe de la verge poussée en avant, le gland comprimé à sa base et refoulé en arrière, rien ne cédait. L'idée me vint de mettre en pratique un procédé que je n'ai vu, ni conseiller, ni mettre en pratique nulle part ; il consiste

(1) *Union médicale* 1873 (Décembre)

à ne pas agir sur l'anneau par sa face externe seulement, mais à l'attaquer par sa face profonde.

Entre cet anneau étroit et cette couronne de gland trop grosse, je pensai qu'il y avait avantage à introduire un levier d'une certaine longueur qui pourrait à la fois soulever l'anneau au lieu de l'enfoncer davantage, comme on le fait inévitablement avec la compression extérieure et déprimer la couronne du gland, dont la saillie formait l'obstacle à surmonter. L'idée me vint de demander deux de ces grosses épingles dont les femmes se servent à attacher leurs cheveux. Je trouvai en elles deux leviers mousques peu volumineux, assez résistants, ayant une largeur en rapport avec l'écartement de leurs branches. Ayant choisi pour point d'attaque la face dorsale de la verge, je fléchis le gland sur sa face antérieure et j'attirai doucement le fourreau en arrière. Je vis alors que, s'il était difficile de porter l'anneau préputial en avant, il ne l'était pas beaucoup, près autant de le faire glisser en sens opposé vers le pubis. Après l'avoir mis à découvert, je fis glisser ma première épingle mousse entre l'anneau préputial et le corps du pubis, et je pus la pousser facilement à une assez grande profondeur. Je plaçai aussitôt une seconde épingle de la même manière. Ces deux leviers bien engagés, solidement fixés, je leur imprimai un mouvement de bascule, ayant le triple avantage d'abaisser la saillie formée par la couronne du gland, de soulever l'anneau préputial et d'établir devant lui un plan incliné (sorte de rail en miniature) sur lequel on pouvait le faire glisser doucement. Je repris les manœuvres classiques et, au bout de quelques instants, j'obtenais une réduction complète.

Le débridement. — Lorsque la réduction est impossible, ce qui se rencontre assez souvent ; lorsqu'on ne veut pas s'astreindre, pour rompre les adhérences multiples qui se sont formées la plupart du temps, à employer le procédé de Desruelles et amener ainsi de nombreuses déchirures, on a recours au débridement qui se pratique le plus ordinairement de la façon suivante : On fait perpendiculairement à la rai-

nure de l'étranglement et par conséquent parallèlement à l'axe de la verge une incision dorsale qui part d'un centimètre en arrière de la couronne du gland sur le bourrelet antérieur pour se terminer en arrière de l'anneau. On sectionne l'anneau le plus profondément possible, afin de ne laisser aucune fibre intacte. On fait ainsi une section longitudinale qui donne presque immédiatement une cicatrice transversale par suite de la traction qui s'exerce sur les deux extrémités du sillon de l'étranglement. C'est en somme, l'incision de l'opération du phimosis par la méthode linéaire. La réduction est des plus simple après cette petite intervention.

Mais ce n'est là encore qu'une opération d'urgence et plus tard on sera obligé de la compléter par une deuxième. Que va-t-il résulter en effet de cette incision dorsale ? Comme dans l'opération du phimosis, on sera en présence, après guérison, de deux appendices latéraux disgracieux et gênants pour le malade et on devra recourir à la circoncision pour l'en débarrasser. C'est d'ailleurs la méthode préconisée par Mauriac dans ses leçons sur le paraphimosis.]

Un procédé plus simple et plus rapide consiste tout uniquement à saisir le gland entre le médius et le pouce de la main gauche, à placer l'indicateur sous la verge et à introduire à plat, sous la bride, la pointe d'un bistouri qu'on relève pour faire la section du limbe, on réduit ensuite.

Velpeau préfère débrider de dedans en dehors en portant le bistouri au fond du sillon de l'étranglement.

D'autres trouvent plus facile de séparer les fibres du faisceau annulaire à petits coups de ciseaux et emploient de préférence à cet usage des ciseaux courbes qui semblent en effet être plus commodes.

Vidal de Cassis était très partisan de cette méthode et la préconisait avec ardeur.

Nous ferons remarquer que de tous les procédés de débridement c'est encore ce dernier qui présente le plus d'inconvénients. En effet, si les incisions multiples facilitent d'une manière très efficace la réduction et donnent ainsi un résultat momentané très appréciable, elles ont l'énorme désavantage d'épaissir le limbe par suite des rétractions cicatricielles qu'elles occasionnent et de le rendre d'autant plus résistant et inextensible que les incisions sont plus nombreuses.

Nous rejetons donc d'un façon absolue ce mode de traitement. D'ailleurs le débridement ordinaire lui-même risque bien souvent de ne donner aucun résultat immédiat dans le cas d'adhérences anciennes et organisées par exemple. Aussi n'est-on à peu près sûr de réussir avec le débridement qu'au début de l'affection.

Malgaigne, qui le premier a critiqué ce point spécial dans le traitement du paraphimosis par le débridement, lors de sa communication à l'Académie des sciences du 25 avril 1856 « Sur un nouveau procédé opératoire qui simplifie les cas graves, de paraphimosis », dit en propres termes : « Le débridement même répété ne détruit pas les adhérences étendues entre la couche tégumentaire et les corps caverneux, tandis que la destruction des adhérences même sans débridement suffit pour ramener les parties en place. En parlant d'un jeune homme qui s'est présenté dans son service porteur d'un paraphimosis avec ulcération dorsale, il dit : « Je glissai à plat entre les téguments et le corps caverneux un bistouri étroit à l'aide duquel je divisai les adhérences dans l'étendue d'un centimètre. Cela ne suffit point. Je reportai dans l'incision un bistouri boutonné pour com-

pléter la division des adhérences dans toute leur étendue et la réduction fut obtenue avec la plus grande facilité. Dès le lendemain l'engorgement du prépuce avait diminué et le troisième jour, l'ulcération était cicatrisée et l'opéré est sorti le 20 avril, guéri déjà depuis plusieurs jours, et sans avoir présenté aucune espèce d'accidents. »

La suppression des adhérences est une opération tout à fait logique, et qui à première vue, semble donner des résultats excellents. Malheureusement la peau et la muqueuse détachées des tissus sous-jacents s'accolent par leurs surfaces avivées, se soudent intimement et ne peuvent plus glisser l'une sur l'autre. Le gland restera donc à découvert et on arrivera juste au même résultat qu'avec le débridement à incisions multiples : à savoir un phimosis plus étroit qu'avec n'importe quel autre procédé !

Que conclure de ces quelques considérations sommaires : sinon que le débridement avec ses diverses variantes est une opération d'urgence et en cela il est excellent : on lève l'étranglement ; on empêche la solution de continuité par déchirure de se produire ou de s'étendre suivant l'époque à laquelle on voit le malade pour la première fois. On prévient ainsi des accidents graves ; les décollements, les ulcérations et tous les inconvénients ultérieurs qui en résultent.

La contre-indication n'existe qu'au cas de chancres simples qui ont une grande propension à l'inoculation et pourraient infecter la plaie opératoire.

Mais, et c'est par là que nous voulons terminer ce chapitre pas plus que la réduction manuelle, le débridement ne donne un résultat thérapeutique définitif. Le malade conserve à la partie inférieure et antérieure de la verge une tumeur renflée en jabot et cela pour un temps souvent très long (voir observation III). C'est pour lui une cause de gêne et d'ennui, car ici pas plus qu'ailleurs, l'esthétique ne perd ses droits : et

chose plus grave, cet appendice disgracieux est sujet à s'enflammer et à s'infecter à tous propos.

Aussi n'est-il pas rare de voir un sujet venir de lui-même 2 mois, 3 mois, 6 mois après son accident pour se faire enlever cette tumeur qui l'incommode.

LA CIRCONCISION

Nous venons de voir les inconvénients multiples des deux méthodes précédentes et leur caractère évident d'opération de nécessité. En effet, qu'on réduise, qu'on incise, on est amené presque fatalement à pratiquer une deuxième opération pour compléter la première.

N'est-il pas plus simple de liquider tout cela d'un bloc, et de faire disparaître à la fois et l'accident primitif et la disposition anatomique qui lui permet de se reproduire ? C'est à ce desideratum que nous avons la prétention, sous l'inspiration de M. Legueu, de remédier à l'instant même où le malade se présente à nous pour la première fois.

En cela, nous allons directement à l'encontre des idées de M. Mauriac au sujet de sa demi-circuncision inférieure, laquelle avait pour but de remédier à ces mêmes accidents que nous visons, mais seulement alors que le paraphimosis était guéri.

Le premier auteur qui eut recours à une opération radicale est Rollet (1) de Lyon qui fait ainsi qu'il suit l'appréciation de sa méthode : « On peut dire que la circoncision dans le paraphimosis est aussi vite faite que dans le phimosis. Elle donne aussi le même résultat soit immédiatement, soit ultérieurement après la cicatrisation. » Sans le dire expres-

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 1862

sément il ressort du contexte que Rollet circoncisait ses malades dès le début.

Voici d'ailleurs comment Rollet décrit son procédé :

1^{er} temps. — On trace avec une plume et de l'encre une ligne circulaire sur la muqueuse préputiale à un centimètre de l'insertion de cette muqueuse sur le collet du gland. On trace une deuxième ligne circulaire pareille à la première sur sur la peau du prépuce, à un centimètre du limbe, c'est-à-dire du point où la peau et la muqueuse se rencontrent et se confondent.

2^e temps. — On incise circulairement la muqueuse suivant la ligne tracée. Cette incision se fait avec un bistouri convexe en commençant sur le dos de la verge pour revenir au même point en passant sur les côtés et en bas — Nota. La muqueuse est assez souvent ulcérée sur le dos de la verge et l'incision est comme toute faite sur ce point : en sorte qu'il n'y a qu'à continuer en bas sur le bourrelet œdémateux qui se forme presque toujours au-dessous du frein.

3^e temps. — On dissèque lestement la muqueuse ; on la détache du tissu cellulaire sous-muqueux, ce qui se fait très facilement : on dissèque aussi la peau du prépuce et on la détache du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au niveau de la deuxième ligne circulaire tracée à l'encre.

4^e Temps. — Arrivé là on coupe avec des ciseaux les téguments disséqués en suivant la ligne circulaire susdite.

5^e Temps. — Ce temps de l'opération consiste à étancher

le sang, à lier les petits vaisseaux qu'on a pu ouvrir, à attirer la peau de la verge en avant pour la mettre au contact avec la muqueuse et à réunir les deux lèvres circulaires de la plaie avec des serres-fines ».

M. Mauriac, lui, s'était arrêté dans certains cas de paraphimosis irréductibles à la résection secondaire du jabot, à une sorte de demi-circuncision inférieure qui servait à compléter la perte de substance supérieure due à l'ulcération de l'anneau. Il obtenait ainsi de bons résultats puisque la réunion se faisait presque toujours par première intention à une époque où l'antisepsie n'était pas encore connue. Ces succès s'expliquent par l'époque à laquelle M. Mauriac faisait son intervention. Après avoir discuté sur le moment le plus opportun pour cette intervention complémentaire il conclut que l'opération ne doit être faite que quand les ulcérations de la partie supérieure du prépuce sont entièrement cicatrisées. « Car, dit-il, en opérant plus tôt il faudrait craindre que la réaction consécutive à l'ablation de la tumeur, s'ajoutant aux désordres trop récents de l'étranglement, n'entrave le travail de cicatrisation et ne donne lieu à des inflammations diffuses de la verge et à des abcès. »

Eh bien, l'antisepsie est venue modifier tout cela, et ces craintes, justifiées peut-être il y a 30 ans, sont aujourd'hui vaines et chimériques. Avec de la propreté on obtient des résultats merveilleux tout en incisant au beau milieu de tissus en pleine réaction inflammatoire. Nous n'en voulons pour preuve que les quelques observations recueillies par nous et dans lesquelles nous voyons des malades guéris parfaitement tout en reprenant leur travail, les uns le jour même de l'opération, d'autres le lendemain ou le surlendemain dans les cas favorables.

Mauriac disait de la méthode de Rollet: La circuncision

complète, en arrière du gland, me paraît inopportune et d'une exécution difficile pendant la période la plus aiguë du paraphimosis alors que l'ulcération due à l'étranglement est produite, et que la tuméfaction œdémateuse et inflammatoire est excessive, plus tard la demi-circconcision inférieure suffit, la demi-circconcision supérieure ayant été faite par l'étranglement : Elle est indiquée dans les cas de paraphimosis irréductible avec prépuce très long parce qu'alors il peut se faire que l'ulcération de l'étranglement n'ait pu détruire une portion assez considérable de cet organe.

Nous dirons nous, au contraire, dès qu'un malade se présente à nous et pour peu que la chose en vaille la peine, opérons et ce, le plus rapidement possible, afin d'éviter tous les dangers qu'une temporisation intempestive pourrait faire courir à notre patient.

La méthode employée est d'ailleurs rapide, de facile exécution et grâce à l'anesthésie à distance par la cocaïne, absolument indolore. L'opération est radicale : le malade débarrassé pour toujours de son mal n'en aura plus tard qu'un vague souvenir. Jamais, en effet, un malade opéré de la façon que nous allons décrire n'aura, à condition que l'opération soit bien faite, ni récidiye, ni difformité consécutive quelconque. Nous supprimons du même coup le mal et nous rétablissons un organe normal. Que demander de plus. La circconcision, ou pour mieux dire la résection d'une bande circulaire de tissu mucoso-cutané, comprenant dans son épaisseur le faisceau dorsal des fibres circulaires est donc le traitement le plus rationnel du paraphimosis. Elle l'emporte de beaucoup sur la réduction et le débridement, et nous ne craignons pas d'être contredit en concluant que *c'est le procédé de choix*.

Voici d'ailleurs la description de ce procédé tel qu'il est

employé par M. Legueu à la consultation de l'hôpital Saint-Louis,

Tout d'abord, et nous appelons volontiers l'attention sur ce point spécial, qui, si on veut y réfléchir quelque peu, a bien son importance, disons que le malade est opéré séance tenante. L'intervention n'exige donc aucune préparation spéciale et n'offre guère plus d'aléas que la réduction.

On commence par faire, sinon une asepsie complète de la partie malade, ce qui est souvent difficile, étant donné les moyens sommaires dont on dispose et la conformation des organes malades, du moins de la propreté chirurgicale poussée aussi loin que possible.

Après avoir savonné la verge avec de l'eau bouillie chaude; on la nettoie avec des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution de sublimé à 1/1000. Il faut autant que possible passer soigneusement dans le fond des rainures transversales lesquelles sont la réceptacle de toutes les saletés qui empêcherait la réunion primitive de la plaie. Ceci fait on établit le champ opératoire à l'aide de compresses bouillies et on pratique l'anesthésie à distance avec une solution d'eucaine à 1/100 ou à son défaut avec une solution de cocaïne au même titre. C'est là le degré de concentration qu'il ne faut jamais dépasser suivant les excellents conseils donnés par M. Reclus sous peine de syncopes qui peuvent devenir mortelles. On injecte donc à la base de la verge une quantité de seringues de Pravaz suffisante pour faire autour d'elle une ligne de piqures circulaire qui ne laisse aucune partie du tissu cellulaire vierge de cocaïne. Avec quatre centimètres cubes de la solution on arrive d'ordinaire à avoir une bonne anesthésie de tout le pénis. Cette anesthésie qui est complète quatre à cinq minutes après la première piqure dure en général quinze à vingt minutes, temps bien plus que suffisant pour mener à bien la résection de l'anneau.

L'anesthésie pratiquée de cette façon à l'immense avantage de ne pas venir augmenter localement l'œdème déjà considérable des bourrelets : en outre les piqûres en tissus sains sont plus faciles et moins douloureuses que sur les parties enflammées.

On commence l'incision au bistouri sur le dos de la verge en avant de l'anneau constricteur, et on descend droit vers la partie inférieure puis on contourne la région du frein en ayant bien soin de passer légèrement à cet endroit afin de ne pas blesser inutilement les petits vaisseaux et on remonte sur le côté opposé pour revenir au point de départ. Cette incision est faite toute entière sur la muqueuse. La deuxième incision ou incision cutanée est menée parallèlement à la première et à une distance qui ne varie suivant le nombre et le volume des bourrelets, c'est-à-dire suivant l'excédent présumé des tissus épithéliaux. L'idéal est d'arriver à laisser au malade après guérison une collerette préputiale suffisante pour recouvrir la couronne du gland afin de lui conserver autant que possible la sensibilité spéciale, la « sensibilité exquise » comme disent les auteurs, propre à cette région.

Après avoir comprimé les tissus pour en faire sortir la sérosité, M. Legueu pratique sur le dos de la verge une incision longitudinale, qui réunit les deux précédentes; Saisissant ensuite l'une des lèvres de la plaie avec une pince à griffes, il procède à la dissection du lambeau, en allant aussi profondément que possible, afin d'extraire toutes les fibres du faisceau dorsal.

Le lambeau enlevé, il ne reste plus qu'à suturer les deux lèvres de la plaie, après avoir lavé les surfaces cruentées avec une solution de sublimé.

Voici la description détaillée de cette suture que M. Legueu fait d'une façon un peu spéciale. Les instruments nécessaires sont une aiguille courbe ordinaire, des crins fins

et de petits cylindres de plomb de 5 millimètres de longueur, deux millimètres d'épaisseur et percés suivant leur axe d'un canal d'un millimètre de diamètre environ. L'un de ces cylindres est glissé à l'extrémité libre du crin et serré fortement sur elle à l'aide d'une pince à forcipressure ; il s'aplatit et forme ainsi un arrêt qu'il sera facile de retrouver au moment de couper les fils. Partant de la région du frein, M. Legueu fait alors une suture en surjet qu'il arrête au tiers de la circonférence de la verge de la façon que nous venons d'indiquer et il coupe le crin au ras du cylindre comprimé. Deux autres surjets, d'un tiers de circonférence sont ainsi faits pour amener une réunion exacte des deux lèvres de la plaie opératoire.

M. Legueu préfère la suture en surjet pour plusieurs raisons : en premier lieu, elle est plus rapide que la suture à points séparés, de plus et surtout elle a sur cette dernière l'avantage de ne pas laisser dans cette région délicate une véritable couronne de fils piquants qui ne manqueraient pas de blesser et d'irriter des tissus déjà enflammés, quelque précaution qu'on prenne pour le pansement. Avec le système des cylindres-arrêt qui permet de couper les fils au ras de l'extrémité du cylindre, pareil inconvénient n'est pas à redouter.

On remarquera encore que M. Legueu ne fait pas un surjet unique qui aurait l'inconvénient énorme de faire gaufrer les deux lèvres de la plaie, quelque précaution qu'on prenne de ne pas tirer d'une façon exagérée sur le fil. Etant donné la forme circulaire de la région, on se trouverait en effet placé dans deux alternatives également peu favorables au succès de l'opération. D'un côté si on tire assez sur le fil pour amener une réunion exacte des deux lèvres de la plaie, il se produira un plissement qui persistera fatalement après guérison, et donnera un résultat esthétique désastreux,

tandis que si on veut éviter cet inconvénient, les lèvres de la plaie ne seront plus suffisamment coaptées.

Les trois surjets d'un tiers-de circonférence permettent d'éviter ce double écueil, et le résultat opératoire est excellent. Un autre avantage très appréciable de cet ingénieux procédé vient de ce que les plombs sont très faciles à retrouver et il suffit, le moment venu, de couper les crins près de l'extrémité d'un cylindre, et de tirer sur celui de l'extrémité opposée pour enlever le fil. Cette petite manœuvre est facile et des plus rapide : le malade n'en est nullement incommodé.

Nous n'insistons pas sur le pansement qui se fait à la gaze iodoformée et se renouvelle tous les 3 ou 4 jours, sauf indications spéciales. Pour empêcher qu'il ne soit souillé par l'urine, il suffit de recouvrir la gaze d'une feuille de makintosh percée d'un orifice central pour laisser passer le gland. On coupe les fils au huitième jour : à ce moment la plaie est cicatrisée en général.

Telle est la méthode simple et de facile exécution préconisée par M. Legueu. Il n'avait pas connaissance d'un procédé opératoire qui de près ou de loin ressemblât à celui que nous venons de décrire au moment où il eut la bienveillance de nous confier le sujet de cette thèse. Nous-mêmes étions sur le point de clore nos recherches à ce sujet lorsque nous vîmes qu'une intervention semblable était pratiquée à Lille depuis 1897 par M. Carlier (1).

M. Carlier emploie, comme M. Legueu, l'anesthésie à distance par la cocaïne mais, trouvant qu'elle n'est pas suffisante pour la région du frein, juge nécessaire d'y appliquer pendant quelques instants, un tampon d'ouate imbibée de

(1) BRULANT. Thèse de Lille, 1897.

la même solution qui lui sert à faire les injections sous-cutanées.

Quant à l'opération elle-même, elle diffère quelque peu de celle en usage à Saint-Louis. M. Carlier ne s'attache pas à obtenir après cicatrisation la collerette préputiale dont nous avons parlé plus haut. Il dit au contraire qu'il ne faut jamais craindre de couper trop de peau et recommande à cet effet de faire les deux incisions cutanée et muqueuse, non pas parallèles, mais bien de les rendre convergentes à la partie inférieure de la verge, de façon à tailler un lambeau qui ressemble à la surface d'un quartier d'orange dont on réunirait les deux extrémités à la moitié inférieure du pénis.

M. Brulant insiste de plus, dans sa thèse, sur la nécessité qu'il y a de laver la plaie opératoire avec une solution boriquée chaude, afin de faire cesser rapidement l'action hémostatique de la cocaïne et de rechercher avec grand soin les vaisseaux qui saignent pour les lier. En agissant ainsi on ne s'expose pas à l'obligation d'une intervention secondaire pour hémorrhagie. Nous avouons n'avoir jamais mis en usage cette petite manœuvre, notre attention n'ayant pas été attirée sur ce danger possible et très réel. Heureusement pour nous, nous n'avons jamais vu d'hémorrhagie secondaire se produire.

Telles sont les quelques réflexions que nous ont suggéré la lecture du procédé de M. Carlier. Reproduisons ici, pour en donner une idée plus complète, une observation personnelle de M. Brulant :

OBSERVATION VI

T..., François, 24 ans, émoucheteur. Se présente le 1^{er} décembre 1897 à l'hôpital pour un gonflement de la verge. Il déclare n'avoir jamais pu découvrir son gland qu'à moitié. Le 29 novembre

il pratiqua son premier coït : après celui-ci son prépuce ne put être ramené sur le gland.

Admis à l'hôpital, on enveloppe la région malade de compresses boriquées. Œdème considérable formant un bourrelet volumineux. Au fond du sillon l'ulcération commence à se produire.

Opération le 2 décembre ; injection de quatre seringues de Pravaz à la base de la verge de la solution de cocaïne à 1/100. Tamponnement avec la solution de la région voisine du frein. Quelques mouchetures sont faites sur le bourrelet pour diminuer l'œdème. M. Carlier fait alors sa première incision circulaire à un centimètre environ en arrière du gland, entre celui-ci et le limbe. La deuxième à un centimètre 1/2 de la première sur le dos de la verge mais se rapprochant à 1/2 centimètre à la partie inférieure. Dissection de la bande comprise entre les deux incisions. Enlèvement du sphincter préputial. Hémostase. Accolement des deux lèvres. Suture au catgut. Pansement avec les compresses boriquées pour activer la résolution de l'œdème. Le malade ne s'est pas plaint, l'anesthésie était donc complète.

Le 3. — Le malade ne ressent aucune douleur, pas de température, mais il est indocile et s'est levé plusieurs fois.

Le 5. — Bon appétit, pas de fièvre. Compresses boriquées renouvelées plusieurs fois par jour. Le malade a des érections très fréquentes malgré le bromure qu'on lui fait prendre. Ne tient pas compte des observations qu'on lui a faites, se lève fréquemment.

Le 7. — Poussée de lymphangite. L'anneau enlevé n'a pas été suffisamment large, ce qui fait qu'il y a encore un peu de constriction de la région : on ne saurait trop insister sur ce point qu'il ne faut pas avoir peur d'enlever largement la peau en arrière de l'étranglement. Pansement humide au sublimé à 1/1000. Injection de nitrate d'argent à 1/100 et d'huile iodoformée dans la plaie opératoire. T. 37°2.

Le 9. — Pas de température. Les douleurs ont totalement disparu. L'œdème est beaucoup diminué.

Le 11. — Le malade sort. La guérison est imparfaite pour deux raisons : la première est l'indocilité du malade qui n'a pas écouté les conseils qui lui avaient été donnés, la seconde, le peu de largeur de l'anneau enlevé comparativement à la longueur du prépuce.

M. Brulant, dans sa thèse, et M. Brault, dans le *Bulletin*

médical de l'Algérie (1897), sont d'avis d'intervenir par la circoncision dans les cas de paraphimosis vénérien. Pour eux les chancres mous accompagnés de paraphimosis chancrelleux ne sont nullement une contre-indication à l'opération. Il suffit, disent-ils, de neutraliser les ulcérations par une cautérisation de chlorure de zinc au 1/10 pour éviter l'inoculation de la plaie. Cependant nous n'avons pu trouver nulle part d'observation d'une intervention faite dans ces conditions, et comme nous avons été témoins à l'hôpital Ricord de réinoculation de chancres mous dans des paraphimosis ulcérés ou débridés malgré l'emploi du chlorure de zinc, nous estimons jusqu'à plus ample informé, qu'il vaut mieux s'abstenir dans ce cas spécial. La blennorrhagie, au contraire, n'est pas une contre-indication à notre avis et nous rapportons ici deux observations d'intervention chez des blennorrhagiques, interventions qui ont été suivies d'un plein succès.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION VII

M..., Jean 23 ans, mécanicien, se présente le 27 avril 1899 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour un gonflement de la verge. — Il déclare n'avoir jamais pu découvrir son gland jusqu'au 25 avril dernier, jour où il pratiqua le coït avec une femme très étroite, et s'aperçut aussitôt que son gland était découvert contrairement à ce qui avait lieu d'habitude. Le malade fréquente des femmes depuis l'âge de 14 ans ; il a même eu autrefois une blennorrhagie légère mais n'avait jamais décalotté jusqu'alors.

Après quelques tentatives in fructueuses pour recouvrir son gland il prend le parti de laisser les choses en place.

Dans la nuit suivante, la verge commence à enfler et les douleurs aiguës empêchent le malade de dormir. Le lendemain 26 mars, il constate avec étonnement que la miction est fort difficile ; l'urine

sort du canal goutte à goutte. La nuit du 26 au 27 est encore plus mauvaise que la précédente : les douleurs sont intolérables et la miction tout à fait impossible.

C'est dans ces conditions que notre homme se présente à l'hôpital.

A l'examen on trouve un œdème du prépuce et du gland qui est rouge et tuméfié.

Le bourrelet antérieur du dos de la verge est relativement peu développé et dans la rainure qui le sépare des suivants, on remarque quelques légères éraillures.

L'inférieur au contraire est très volumineux et d'une extrême dureté ; il forme une saillie de la grosseur d'une noix.

En présence de cet état, assez sérieux, M. Legueu, sans même essayer de la réduction, décide d'intervenir sur le champ. — Le malade se couche sur le lit de la salle de consultation. Après une désinfection soigneuse des parties avec une solution de sublimé au 1/1000^e, on procède à l'anesthésie locale à distance à l'aide d'une couronne de quatre injections hypodermique d'un centimètre cube d'une solution d'eucaine à 1/400^e faites à la base de la verge.

Cinq minutes après l'anesthésie est complète. M. Legueu commence alors l'opération par la partie supérieure de la verge à un centimètre en arrière de la couronne du gland. Il fait une première incision circulaire au bistouri, incision qui n'entame que la muqueuse. Une deuxième incision parallèle à la première est faite également au bistouri en arrière de l'anneau constricteur. Malgré l'emploi de l'eucaine, qui a, on le sait, une action vaso-dilatatrice, le suintement sanguin est peu abondant et, M. Legueu continue l'opération par la dissection aussi profonde que possible du lambeau limité par les deux incisions précédentes, afin d'enlever toutes les fibres circulaires constrictives de l'anneau. Les bourrelets sont fortement comprimés pour en faire sortir la sérosité, et la plaie, minutieusement lavée avec la solution de sublimé au 1/1000^e est ensuite suturée au crin par la méthode du surjet, que nous avons décrite plus haut.

Pansement à la gaze iodoformée.

Le malade déclare n'avoir ressenti aucune douleur pendant toute la durée de l'opération ; l'anesthésie était donc parfaite.

Le 30 avril. — Le malade ressent quelques légers picotements à l'extrémité du gland qui est encore un peu œdématié.

Il dit avoir été un peu fatigué en rentrant chez lui le jour de l'opé-

ration, ce qui ne l'a pas empêché de dormir 7 heures dans la nuit du 27 au 28.

Il reprend son travail le 28 avril, quoiqu'il ressente des démangeaisons assez vives du côté de la verge. — La miction est normale et se fait sans aucune douleur.

La nuit du 28 au 29 est très bonne, ainsi que la journée suivante.

Le malade se présente à la consultation le 30, parce que son pansement est souillé par l'urine.

La cicatrisation commence à s'opérer.

Le 2 juin. — La cicatrisation est à peu près complète, sauf au niveau du frein.

Le 4 juin. — La cicatrisation est complète; on enlève les fils. Le résultat opératoire est bon: la collerette préputiale est justé suffisante pour recouvrir la couronne du gland. On fait un nouveau pansement à la gaze salolée, et depuis, le malade n'a plus reparu.

OBSERVATION VIII

B..., Eugène, 48 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 11 mai 1899, pour un paraphimosis qu'il a contracté deux jours avant, en pratiquant le coït pour la première fois.

Il a toujours eu, dit-il, une difficulté très grande à découvrir son gland et d'une façon partielle seulement.

Le paraphimosis a déjà produit un gonflement énorme du gland, du prépuce et de la partie antérieure de la verge.

Il existe à 1 centimètre environ en arrière de la couronne du gland, et en haut, une ulcération de la peau du prépuce et le malade, déclarant beaucoup souffrir, on l'opère sur-le-champ.

Après une désinfection minutieuse des parties malades et l'injection de trois centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1/100 à la racine de la verge, nous faisons la circoncision annulaire par le procédé décrit plus haut. Mais, soit que la quantité de solution injectée n'eût pas été suffisante, soit que la solution de cocaïne fut un peu trop ancienne ou mal préparée, le malade réagit vivement à la douleur qui paraît être en effet assez forte. Nous continuons cependant l'opération, et après expression soignée des tissus, nous suturons les deux lèvres de la plaie par la méthode du surjet.

Le malade qui n'a cessé de se plaindre pendant toute la durée de

l'opération accuse maintenant un grand mal de tête et devient tout à coup très pâle.

Craignant une syncope due à la cocaïne nous lui faisons une injection intra-musculaire de deux centimètres cubes d'éther et le forçons à garder la position horizontale.

Il a quelque tremblements généralisés mais qui ne durent pas.

Cette alerte passée nous faisons un pansement à la gaze iodoformée.

Le malade sort de l'hôpital une heure après l'opération et regagne son domicile en voiture sur notre conseil pour se coucher en arrivant chez lui.

Le 13 mai. — Le malaise qui a suivi l'opération a duré une partie de l'après-midi du 11 mai.

Cependant la nuit n'a pas été trop mauvaise.

Le lendemain, 12 mai, une lassitude extrême force l'opéré à garder le lit. Aujourd'hui 13 mai il se sent mieux et se présente à l'hôpital parce que son pansement est défait. La plaie a bon aspect, l'œdème a en partie disparu et il n'y a plus aucune douleur.

Pansement à la gaze iodoformée.

Le malade n'étant pas revenu pour faire enlever ses fils nous ne savons au juste quel a été le résultat définitif de cette intervention.

OBSERVATION IX

Ch..., Hippolyte, mécanicien, 21 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 2 juin 1899, pour un paraphimosis.

Il a contracté une blennorrhagie il y a deux mois et cette maladie mal soignée duré encore.

Ce jeune homme n'avait jamais décalotté, lorsque le 29 mai dernier il s'avisa de vouloir ramener son prépuce en arrière. Mal lui en prit car presque aussitôt le gland déjà irrité par la blennorrhagie antérieure devient turgescant et il est impossible au malade de le recouvrir.

A l'examen on trouve un œdème considérable du prépuce et du gland. Pas d'ulcération dans la région correspondant à l'anneau.

Le malade souffre beaucoup et insiste pour qu'on le débarrasse de son mal.

Il est opéré d'urgence le 2 juin à 11 heures du matin par M. Lévy externe du service.

Après désinfection soigneuse on injecte à la base de la verge 4 seringues de solution de cocaïne au 1/100, et 4 minutes après, M. Lévy commence l'incision sur le bourrelet antérieur. Mais le malade réagit vivement sous l'influence de la douleur ; comme on est pressé, on lui fait à nouveau deux injections de cocaïne suivant la ligne que doit suivre l'incision circulaire et une autre à la région du frein.

L'opération est menée vivement non sans quelques protestations de la part du malade qui souffre toujours un peu plus qu'il ne conviendrait.

Les deux incisions faites et la dissection opérée on réunit les deux lèvres de la plaie par la suture en surjet sans que le malade se soit montré trop indocile.

Lavage au sublimé et pansement sec.

Le 4 juin. On renouvelle le pansement.

La cicatrisation commence.

Le malade dit avoir souffert le soir de l'opération ; il a cependant dormi la nuit qui a suivi et a repris son travail le lendemain.

Le 7 juin. — Nouveau pansement. Réunion à peu près complète.

Le 9 juin. — On enlève les fils. La plaie est cicatrisée partout sauf à la partie supérieure où persiste une légère suppuration. On saupoudre la petite plaie à la poudre d'iodoforme après un lavage soigneux au sublimé.

Le 15 juin. — Le malade est définitivement guéri mais le résultat opératoire laisse quelque peu à désirer ; le prépuce étant trop court à la partie supérieure de la verge ne recouvre pas la couronne du gland à cet endroit.

OBSERVATION X

B..., Auguste, crémier, âgé de 48 ans 1/2, a eu le 20 mai dernier des rapports avec une femme suspecte. Trois jours après il ressentait des picotements dans le canal, et le 25 mai il aperçut une goutte blanchâtre à l'entrée du méat. Depuis lors les douleurs augmentent, le pus devient verdâtre et sort en abondance : de plus il se forme un œdème considérable du gland.

Le 1^{er} juin, ayant voulu laver le gland il décalotte à cet effet son prépuce qui recouvre le gland tout entier à l'état normal. Il s'en suivit un paraphimosis pour lequel le malade vient consulter le 6 juin courant.

A l'examen on trouve un œdème assez considérable du prépuce et du gland. Pas d'ulcération dans la rainure balano-préputiale.

Après avoir fait un lavage complet de l'urèthre pour éviter l'infection, l'opération est faite ainsi que nous l'avons décrite. Incisions circulaires au bistouri après avoir insensibilisé la verge par la cocaïne. Réunion au crin par la suture en surjet.

En raison de l'inflammation des parties on fait un pansement humide. A cause de sa blennorrhagie on prescrit au malade de prendre par jour un litre d'eau additionnée de 55 grammes de bicarbonate de soude.

Les pansements humides sont renouvelés toutes les 24 heures.

Le 8. — L'œdème a considérablement diminué.

Le 10. — Le malade a eu quelques érections du fait de sa blennorrhagie. La plaie n'a pas mauvais aspect.

Le 12. — La plaie commence à se cicatriser.

Le 14. — On coupe les fils quoique la réunion ne soit pas parfaite et on continue les pansements humides.

Le 18. — La plaie n'est pas encore tout à fait cicatrisée, cependant elle a meilleur aspect et on fait un pansement à la gaze iodoformée.

Le 21. — le malade est guéri.

OBSERVATION XI

V..., Joseph, 26 ans, garçon marchand de vins, voit des femmes depuis l'âge de 18 ans,

Il n'a jamais pu ramener son prépuce en arrière du gland. — Aucune blennorrhagie antérieure ou actuelle.

Le vendredi 16 juin dernier, il va trouver un médecin pour son phimosis, en lui demandant ce qu'il faut faire pour décalotter. Celui-ci lui conseille de ramener son prépuce en arrière : Suivant fidèlement le conseil qui lui est donné, le malade arrive, non sans effort, au résultat désiré.

Le lendemain, 7 juin, la prépuce est œdématisée, le gland turges-

cent et la gêne causée de ce fait est considérable. Le malade a souffert toute la nuit de picotements le long du canal et à l'extrémité du gland.

Il constate que la miction lui est très pénible.

Le 19 juin. — Las de souffrir, il se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où M. Lévy, externe du service, l'opéra séance tenante.

Injection de cocaïne à la base de la verge. Section de la peau et de la muqueuse suivant la méthode de M. Legueu. — Suture en surjet. — Pansement à la gaze iodoformée.

Le lendemain, le malade reprend son travail.

Le 21 juin. — Pas la moindre inflammation. — Plus de douleurs. La plaie a bon aspect.

Le 23 juin. — Légère ulcération dans la région du frein, elle vient de ce fait qu'un plomb est tombé, et les deux lèvres de la plaie ne sont plus accolées. On y insuffle un peu de poudre d'iodoforme. et on refait le pansement.

Le 26 juin. — L'ulcération de la région du frein commence à bourgeonner.

Le 28 juin. — On coupe les fils. — La réunion est parfaite partout ailleurs que dans la région du frein. Nouveau pansement.

Depuis le malade n'est plus revenu.

CONCLUSIONS

I. Dans les cas de paraphimosis, les procédés généralement employés, tels que réduction, débridement, etc., ne sont que des procédés d'urgence, qu'il faut compléter par une opération nouvelle pour le phimosis.

II. Nous proposons ici un procédé dû à M. Legueu et applicable dans presque tous les cas : à savoir, la *résection immédiate* de l'anneau préputial.

III. Cependant il convient de faire toutes réserves pour les cas où le paraphimosis se complique de chancres mous.

IV. L'indication absolue de l'intervention existe dans tous les cas de paraphimosis vrai, c'est-à-dire lorsqu'on a affaire à des malades, porteurs d'un phimosis assez étroit, chez lesquels le coït ou la masturbation ont déterminé la formation d'un paraphimosis sans que celui-ci soit accompagné de complications quelconques.

V. L'opération est simple grâce aux soins antiseptiques et à l'anesthésie à distance par la cocaïne ; elle est applicable dans toutes les circonstances et sans aide.

VI. A la suite de l'intervention la réunion par première intention est la règle.

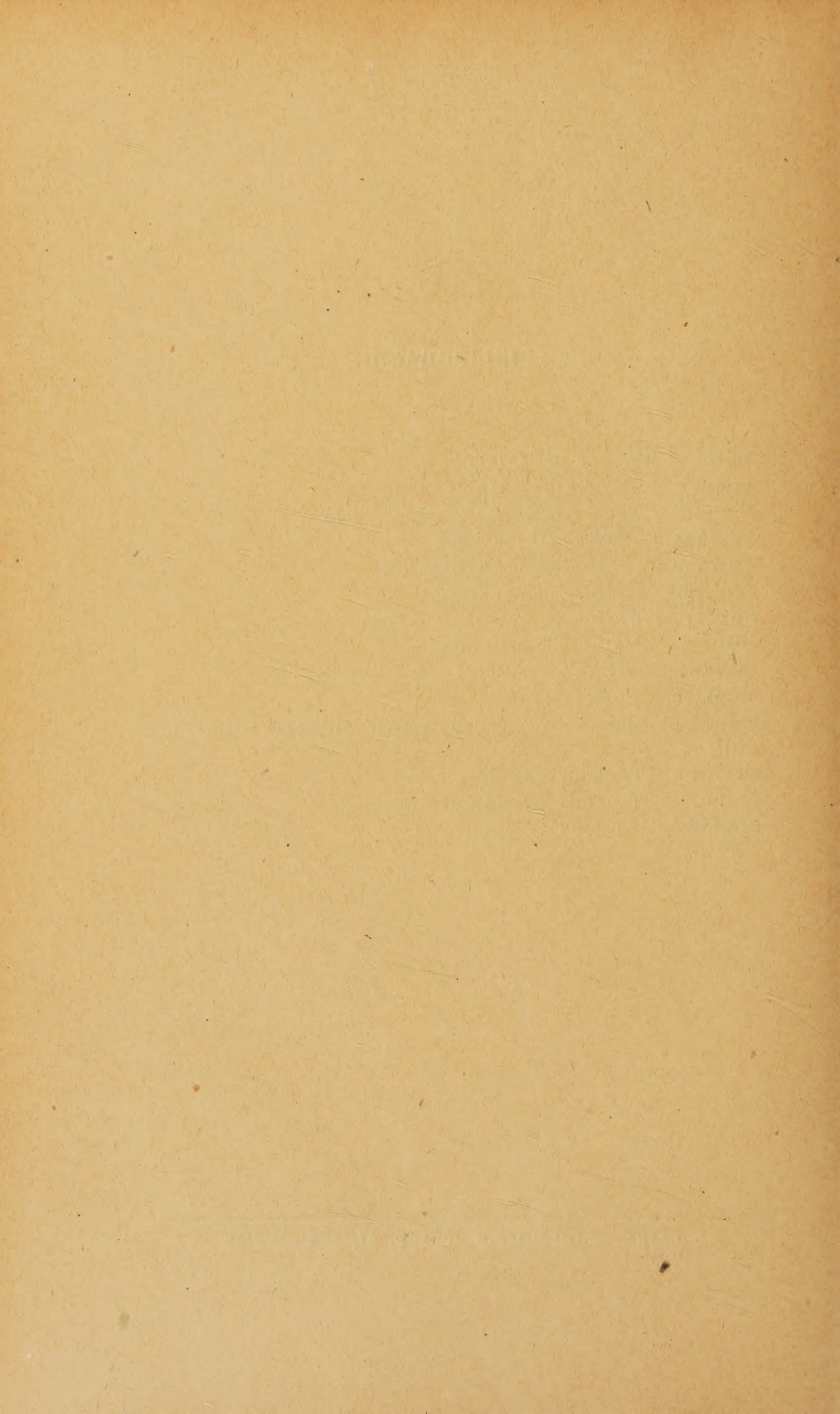
Vu par le président de la thèse,
TILLAX

Vu :
Par le Doyen,
P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Basc.** — Thèse de Paris, 1877.
Bonnet. — *Gazette des hôpitaux*, 1896.
Brault. — *Bulletin médical de l'Algérie*, 1897.
Brulant. — Thèse de Lille, 1897.
Ehrmann. — *Allgemeine klinische Rundschau*, 1889.
François. — Thèse de Paris 1874.
Guyot. — *Archives médicales belges*, 1896.
Jullien. — Maladies vénériennes.
Leriche. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1868.
Mauriac. — *Union médicale*, 1872.
Monod et Brun. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
Reclus. — Traité de Chirurgie.
Rollet. — Traité des Maladies vénériennes.
Sappey. — Anatomie descriptive.



UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

THESE

Année 1890

LE DOCTORAT EN MEDECINE

CHIMIE MEDICALE

TOXICITE DU PARABROMIS

PAR M. J. B. B.